

# Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil

La Lista de Elegibilidad para Cuidado Infantil, es una lista de familias calificadas que solicitan asistencia económica para los gastos del cuidado infantil, en el Condado de Sonoma. Al incluir su nombre en la lista de elegibilidad, es posible que cualquier programa participante en el Condado de Sonoma le consideren a usted para su inscripción en los mismos. Si usted recibió una llamada ofreciéndole servicios, una aplicación de inscripción necesitará ser completada en ese momento: (707) 544-3077.

\* ¿Cómo escuchó usted acerca de 4cs? \_\_\_\_\_

\* ¿Es esta la primera vez que aplica o desea actualizar su aplicación?  Nueva  Actualizar

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE SOLICITANTE

Nombre del Padre/Madre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es distinta) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamarle \_\_\_\_\_

Teléfono celular/para dejar mensajes \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (E-mail) \_\_\_\_\_

¿Está el otro padre/madre, de por lo menos uno de los niños, viviendo en el hogar?  No  Sí

*Solamente complete esta sección si contesto sí.*

Nombre del otro padre/madre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE CUIDADO

¿Le envió la agencia de Servicios de Protección Infantil?  No  Sí Nombre/número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Está usted referido por un profesional con licenciencia, médico, legal o social?  No  Sí Nombre/número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Le interesa que su hijo(a) de 3 a 5 años asista a un programa preescolar educativo de tres horas del día?  No  Sí

**¿Por qué necesita usted servicios? (marque todos lo que sean pertinentes)**

**Solicitante:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS  En Riesgo

**Segundo Padre:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS  En Riesgo

Información sobre el empleo	Empleador(a) del padre/madre	Empleador(a) del otro padre/madre
Nombre del/la empleador(a):	_____	_____
Código postal del la empleador(a):	_____	_____
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
O Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____
Número de horas trabajadas a la semana:	_____ a la semana	_____ a la semana

Información sobre la escuela/el entrenamiento	Escuela del padre/madre	Escuela del otro padre/madre
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Meta educativa:	_____	_____
Total de unidades este semestre/trimestre:	_____	_____
Horas de actividad a la semana:	_____ a la semana	_____ a la semana

## INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

¿Está usted recibiendo asistencia económica actualmente?  No  Para la familia todo  Niños solamente

Cantidad mensual \$ \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido usted asistencia económica?  No  Sí Condado más reciente \_\_\_\_\_

Fecha en que se le suspendió la asistencia económica \_\_\_\_\_

Otro ingreso del padre/madre	Primero	Segundo
SSA (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
SSI/SSP (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del Programa de Desempleo	\$ _____	\$ _____

Otro ingreso de la familia	
Ingresos del Cuidado de Crianza Temporal	\$ _____
Ingresos recibidos por sostenimiento de hijos	\$ _____
SSA [niño(a)]	\$ _____
SSI/SSP [niño(a)]	\$ _____

¿Cualquier otro ingreso? \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

¿Paga usted manutención familiar?  No  Sí Cantidad \$ \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL/LA NIÑO(A)/LOS NIÑOS

Anote la información de cada uno de los niños menores de 21 años, en el hogar.

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Relación con el padre/la madre?  Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a)  Adopción temporal  Tutoría legal  Nieto(a)

¿Necesidades especiales?  Ninguna necesidad especial  IEP o IFSP

¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado?  No  Sí

Si es así, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Asiste este(a) niño(a) a una escuela primaria actualmente?  No  Sí ¿En cuál escuela?: \_\_\_\_\_

Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)  No se necesitan servicios  Tiempo completo  Tiempo parcial

Centro Preescolar Subsidiado  Antes/después de la escuela  Por la tarde/al anochecer  Los fines de semana

Ciudad/Códigos postales de preferencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Relación con el padre/la madre?  Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a)  Adopción temporal  Tutoría legal  Nieto(a)

¿Necesidades especiales?  Ninguna necesidad especial  IEP o IFSP

¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado?  No  Sí

Si es así, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Asiste este(a) niño(a) a una escuela primaria actualmente?  No  Sí ¿En cuál escuela?: \_\_\_\_\_

Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)  No se necesitan servicios  Tiempo completo  Tiempo parcial

Centro Preescolar Subsidiado  Antes/después de la escuela  Por la tarde/al anochecer  Los fines de semana

Ciudad/Códigos postales de preferencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Relación con el padre/la madre?  Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a)  Adopción temporal  Tutoría legal  Nieto(a)

¿Necesidades especiales?  Ninguna necesidad especial  IEP o IFSP

¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado?  No  Sí

Si es así, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Asiste este(a) niño(a) a una escuela primaria actualmente?  No  Sí ¿En cuál escuela?: \_\_\_\_\_

Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)  No se necesitan servicios  Tiempo completo  Tiempo parcial

Centro Preescolar Subsidiado  Antes/después de la escuela  Por la tarde/al anochecer  Los fines de semana

Ciudad/Códigos postales de preferencia \_\_\_\_\_

Por favor, recuerde que ésta es únicamente una solicitud para la Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil y no es garantía de servicios.

## CERTIFICACIÓN

La información proporcionada en esta solicitud se compartirá con los programas participantes de servicios de cuidado infantil subvencionado, en el Condado de Sonoma. Afirmo que esta información es correcta.

Firma del la Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe su forma completa a:**  
Sonoma CEL, 4Cs  
131-A Stony Circle, Suite 300  
Santa Rosa, CA 95401

**O mande su forma completa por fax al:** (707) 544-2625

**O mande su forma completa a:** [info@sonoma4cs.org](mailto:info@sonoma4cs.org)