



Our Mission is to provide access to quality child care and early education in Sonoma County through advocacy, direct service, and empowerment.

### DECLARACION SOBRE SIN VIVIENDA

Una familia puede obtener servicios de cuidado debido a la falta de vivienda. El acta de McKinney-Vento define a los niño/as y jóvenes sin hogar como "individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada". Esta definición incluye:

- Nino/as y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la perdida de vivienda dificultades económicas o razones similares,
- Ninos/as y jóvenes que pueden estar viviendo en moteles, hoteles, parques de casas rodantes, refugios,
- Ninos/as y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está diseñado ni se usa normalmente como alojamiento habitual para dormir para los seres humanos,
- Ninos/as y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobús o tren o entornos similares, o
- Ninos/as migratorios que califican como personas sin hogar porque son ninos/as que viven en circunstancias similares a las mencionadas anteriormente.

Para establecer la elegibilidad y/o necesidad para servicios debido a la falta de vivienda, usted tendrá que cumplir con uno de los requisitos abajo. Por favor marque la opción que aplica a su familia:

- Carta de Referencia por parte de una Agencia** – Mi familia y yo tenemos una referencia de una agencia de un refugio de emergencia o transición, de un programa de HeadStart, un enlace de la agencia educativa local para ninos/as y jóvenes sin hogar u otra agencia de servicios sociales, medicos o legales con fecha dentro de los últimos 3 meses anteriores. Adjunte la referencia de la agencia.

La Carta de Referencia debe incluir: 1) Nombre de la Agencia, 2) Dirección de la Agencia, 3) Numero de Teléfono de la Agencia, 4) Titulo del Representante de la Agencia, 5) Firma del Representante de la Agencia y 6) Fecha.

- Declaración de los Padres/Guardianes** – Mi familia y yo estamos sin hogar y cumplimos con la definición de personas sin hogar definida anteriormente.

Los servicios de cuidado se autorizaran por menos de 30 horas por semana, no más de 5 dias por semana (generalmente de Lunes a Viernes). Indique el horario de cuidado que necesita abajo:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
a	a	a	a	a

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo la pena de perjurio que la información anterior como se indica es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que tengo 30 días para proporcionar toda la documentación para completar mi archivo familiar o los servicios serán terminados.

\_\_\_\_\_  
Firmado bajo la pena de perjurio \_\_\_\_\_  
Fecha