

# 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.

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

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE SOLICITANTE

Nombre del Padre/Madre \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer      Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 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 si.*

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 licencia, 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 padra/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
---------------------------------	-------------------	-------------------

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 \_\_\_\_\_

Recibe actualmente alguno de estos servicios para usted, sus hijos o ambos?  Medical  Cal Fresh  WIC

Programa de Asistencia Alimentaria de California (CFAP)  Programa Federal de Distribución de Alimentos en

Reservaciones Indias  Head Start  Early Head Start

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.

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

## 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)