

LISTA DE ELIGIBILIDAD PARA CUIDADO INFANTIL

1. INFORMACIÓN FAMILIAR

¿Usted o su(s) hijo(s) participan actualmente en alguno de los siguientes programas de asistencia?

Medi-Cal CalFresh **Si recibe CalFresh, por favor ingrese su número de caso** _____

Si recibe CalFresh, por favor ingrese su número de caso,

Programa Especial de Suplementación Nutricional para Mujeres, Bebés y Niños de California (WIC: Mujeres, Bebés y Niños)

El Programa Federal de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas,

Head Start,

Early Head Start,

CalWORKs

Si recibe o ha recibido recientemente CalWORKs, por favor ingrese su número de caso _____

Otro _____

¿Recibe asistencia económica del condado?

Actualmente Recibiendo Ayuda económica del condado.

¿De qué condado? _____

Finalizado el beneficio de ayuda económica; ya no estoy recibiendo ayuda económica del condado.

Fecha de Terminación _____

Nunca recibió ayuda económica del condado.

Tipo de Familia

Biológica/Adoptiva Tutela Acogimiento

Si necesita ayuda para tutela o niños en acogimiento, por favor presente una solicitud separada.

Sin Hogar Padre/Madre Soltero(a) Hermano(a) Inscrito(a)

¿Sus hijos son parte de?

Servicios de Protección Infantil

En riesgo según la definición del Departamento de Servicios Sociales

Trabajando con el Departamento de Servicios para Niños y Familias

¿Cómo se enteró de nosotros?

Correo electrónico Proveedor de cuidado infantil Internet/Página web de la agencia Publicidad/Volante

Amigo/Pariente Bienestar Infantil/Otra Agencia de Servicios Sociales Referencia en el Sitio Otro

2. INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

A. PADRE/TUTOR "A"

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino			Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	
Dirección Física:		Ciudad:	Código Postal:	Estado:
Dirección postal (Si es diferente de la dirección física):		Ciudad:	Código Postal:	Estado:
Correo electrónico:		Teléfono celular:		Teléfono adicional:
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> SMS	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro	

Relación con el niño: Padre Madre Padre/Madre Adoptivo/a Abuelo/a Tutor Legal
 Padre/Madre de Acogida Otro

MOTIVO DE LOS SERVICIOS (Marque todos los que correspondan)

Trabajando (Empleado/Por cuenta propia)
 Nombre de la empresa _____ Número de teléfono _____
 Correo electrónico de la empresa _____

Buscando Empleo Asistiendo a la Escuela/Formación Vocacional, Nombre de la Escuela _____ # de Unidades _____

Incapacitado/a Médicamente, ¿cuáles son las fechas probables de su incapacidad? _____

Actualmente Experimentando Sin Hogar o Buscando Vivienda Permanente, (si está alojado/a con amigos, familiares o en un refugio, por favor marque esta opción para ayudarnos a encontrar opciones adicionales de cuidado infantil).

Necesidad de Emergencia de Cuidado Infantil

Referido/a a Cuidado Infantil por un Trabajador Social

Buscando Preescolar de Medio Día

Elegibilidad de Escuela del Vecindario

Ninguno Aplicable

Otro

B. PADRE/TUTOR "B" (SÓLO SI VIVE EN EL HOGAR CON EL/LA NIÑO/A)

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino			Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino
Correo electrónico:		Teléfono celular:	Teléfono adicional:
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> SMS		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adoptivo/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre/Madre de Acogida <input type="checkbox"/> Otro			

MOTIVO DE LOS SERVICIOS (Marque todos los que correspondan)

Trabajando (Empleado/Por cuenta propia)
 Nombre de la empresa _____ Número de teléfono _____
 Correo electrónico de la empresa _____

Buscando Empleo Asistiendo a la Escuela/Formación Vocacional, Nombre de la Escuela _____ # de Unidades _____

Incapacitado/a Médicamente, ¿cuáles son las fechas probables de su incapacidad? _____

Actualmente Experimentando Sin Hogar o Buscando Vivienda Permanente, (si está alojado/a con amigos, familiares o en un refugio, por favor marque esta opción para ayudarnos a encontrar opciones adicionales de cuidado infantil).

Necesidad de Emergencia de Cuidado Infantil

Referido/a a Cuidado Infantil por un Trabajador Social

Buscando Preescolar de Medio Día

Elegibilidad de Escuela del Vecindario

Ninguno Aplicable

Otro

3. INGRESO FAMILIAR

Tamaño de la Familia:	Ingresos Totales Mensuales Estimados de la Familia Antes de Impuestos: \$
INGRESO MENSUAL DEL PADRE "A" (Antes de Impuestos)	
Empleo/Autónomo: \$	
(Si tu empleo es variable, por favor proporciona un monto bruto mensual promedio)	
Gastos del Negocio (solo para Autónomos): \$	Desempleo: \$
Incapacidad: \$	Asistencia Pública/TANF/Subsidio en Efectivo: \$

Empleo/Autónomo: \$ (Si tu empleo es variable, por favor proporciona un monto bruto mensual promedio)	
Gastos del Negocio (solo para Autónomos): \$	Desempleo: \$
Incapacidad: \$	Asistencia Pública/TANF/Subsidio en Efectivo: \$
Asistencia en Efectivo de CalWORKs (Familia): \$	Asistencia en Efectivo de CalWORKs (Solo para Niños): \$
Manutención Conyugal Recibida: \$	Incapacidad: \$
Incapacidad: \$	Manutención de Menores Recibida: \$
Pago de Manutención de Menores: \$	
INGRESO MENSUAL DEL PADRE "B" (Antes de Impuestos)	
Empleo/Autónomo: \$	
(Si tu empleo es variable, por favor proporciona un monto bruto mensual promedio)	
Gastos del Negocio (solo para Autónomos): \$	Desempleo: \$
Incapacidad: \$	Asistencia Pública/TANF/Subsidio en Efectivo: \$
Empleo/Autónomo: \$ (Si tu empleo es variable, por favor proporciona un monto bruto mensual promedio)	
Gastos del Negocio (solo para Autónomos): \$	Desempleo: \$
Incapacidad: \$	Asistencia Pública/TANF/Subsidio en Efectivo: \$
Asistencia en Efectivo de CalWORKs (Familia): \$	Asistencia en Efectivo de CalWORKs (Solo para Niños): \$
Manutención Conyugal Recibida: \$	Incapacidad: \$
Incapacidad: \$	Manutención de Menores Recibida: \$
Pago de Manutención de Menores: \$	

4. INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

NIÑO / NIÑA #1

Nombre:		Segundo Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	Género:	Relación con el Padre/Madre: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/> Otro	
Mi hijo tiene necesidades especiales. (Marca todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.			
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	
¿Es el Idioma Principal en el Hogar otro idioma que no sea el Inglés?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma del Niño: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro _____	
Alergias: <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Frutos <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Otro			Medicamentos: _____
Restricciones Dietéticas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detalles adicionales sobre alergias del niño, medicamentos o preocupaciones de salud adicionales:		
NIÑO / NIÑA #2			
Nombre:		Segundo Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	Género:	Relación con el Padre/Madre: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/> Otro	
Mi hijo tiene necesidades especiales. (Marca todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)			

<input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.		
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino
¿Es el Idioma Principal en el Hogar otro idioma que no sea el Inglés?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma del Niño: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Frutos <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Otro		Medicamentos: _____
Restricciones Dietéticas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detalles adicionales sobre alergias del niño, medicamentos o preocupaciones de salud adicionales:	
NIÑO / NIÑA #3		
Nombre:		Segundo Nombre (s):
Fecha de nacimiento:	Género:	Relación con el Padre/Madre: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/> Otro
Mi hijo tiene necesidades especiales. (Marca todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.		
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino
¿Es el Idioma Principal en el Hogar otro idioma que no sea el Inglés?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma del Niño: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Frutos <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Otro		Medicamentos: _____
Restricciones Dietéticas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detalles adicionales sobre alergias del niño, medicamentos o preocupaciones de salud adicionales:	
NIÑO / NIÑA #4		
Nombre:		Segundo Nombre (s):
Fecha de nacimiento:	Género:	Relación con el Padre/Madre: <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza <input type="checkbox"/> Otro
Mi hijo tiene necesidades especiales. (Marca todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Mi hijo recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.		
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino
¿Es el Idioma Principal en el Hogar otro idioma que no sea el Inglés?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma del Niño: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Frutos <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Otro		Medicamentos: _____
Restricciones Dietéticas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

5. CRITERIOS DE CUIDADO INFANTIL

¿Necesitas ayuda para elegir proveedores de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre(s) del niño:	Fecha de inicio del cuidado infantil:
Idioma Preferido del Proveedor:	Tipos de Proveedor Preferidos: <input type="checkbox"/> Licen Hogar de Cuidado Infantil Familiar con Licencia <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Infantil con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar, Amigo o Vecino

HORARIO DE CUIDADO DESEADO **Horario Fijo (Los días de cuidado son los mismos cada semana), completa las horas en la tabla a continuación**

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De: AM / PM	De: AM / PM	De: AM / PM	De: AM / PM	De: AM / PM	De: AM / PM	De: AM / PM
A: AM / PM	A: AM / PM	A: AM / PM	A: AM / PM	A: AM / PM	A: AM / PM	A: AM / PM

 Horario Variable (Los días de cuidado cambian semana a semana)

El número máximo de días que el niño(niños) necesitaría cuidado por semana: _____; número máximo de horas necesarias por semana: _____

PROVEEDOR PREFERIDO (Si tienes proveedores específicos en mente, puedes agregarlos en cualquier orden)

Nombre del Proveedor y/o Dirección:

Nombre del Proveedor y/o Dirección:

Nombre del Proveedor y/o Dirección:

6. CONFIRMACIÓN

Declaro que, según mi conocimiento de entendimiento, la información proporcionada es verdadera y correcta. Acepto notificar a la agencia inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en este formulario. Entiendo que la información que he proporcionado es confidencial y se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de cuidado infantil y establecer mi prioridad en la lista de espera. Además, entiendo que toda la información que he proporcionado será verificada antes de que pueda ser aprobado para recibir servicios.

Firma:**Fecha de Firma:**

Envíe por correo su formulario cumplimentado a 4Cs of Sonoma County 131-A Stony Circle, Suite 300 Santa Rosa, CA 95401

O envíe su formulario completo por fax a (707) 544-2625 Sonoma CEL,

O por correo electrónico su formulario completo a: info@sonoma4cs.org[O rellénelo en línea](#)