

CHOICES FOR CHILDREN APLICACION PARA CUIDAO SUBVENCIONADO

Por favor complete y devuelva a:

Choices For Children
3161 Cameron Park Dr. Ste #101
Cameron Park, CA 95682
Línea gratis: (877) 676-0707 Fax: (530) 676-8416

Choices for Children
1029 Takela Drive, Suite 1
South Lake Tahoe, CA 96150
Línea gratis: (877) 541-5848
Fax: (530) 541-1376

FOR OFFICE USE

Family Size _____
Rank _____
Family ID _____
Date input _____
Naccrra input _____

Fecha de la aplicación: _____

- Por la presente certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi conocimiento. **Tengo en cuenta que al entregar esta aplicación no garantiza la inscripción en un programa.**
- Esta aplicación permanece valida por 6 meses. **Si después de 6 meses, no actualizo esta aplicación, mi aplicación será retirada de la lista de espera.**

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Proporcione una dirección de correo electrónica para comunicación y recursos comunitarios de CFC: _____

Para solicitud por teléfono únicamente: certifico que he leído la advertencia anterior al solicitante y está de acuerdo que su información sea puesta en la lista de espera con el propósito de determinar su elegibilidad para el cuidado subvencionado. Iniciales del personal _____

La información del padre/guardián

Padre A

___ madre ___ padre ___ guardián/padre adoptivo

nombre apellido

dirección

ciudad código postal

dirección de correo (si diferente de arriba)

número de teléfono

número de teléfono del trabajo

fecha de nacimiento (si el padre es joven)

idioma primordial que se habla en el hogar

nombre de empleador o escuela/programa de entrenamiento

código postal de empleo o institución

Necesidad: marque todas las que apliquen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> solicitando preescolar estatal | <input type="checkbox"/> *CPS/respiro |
| <input type="checkbox"/> matriculado en CalWORKS | <input type="checkbox"/> empleado |
| <input type="checkbox"/> padre joven | <input type="checkbox"/> migrante |
| <input type="checkbox"/> buscando empleo | <input type="checkbox"/> sin hogar |
| <input type="checkbox"/> incapacitado | <input type="checkbox"/> en la escuela/institución |
| <input type="checkbox"/> empleo temporal | <input type="checkbox"/> matriculado en CalLEARN |
| <input type="checkbox"/> matriculado en colegio/universidad | |
- *servicios de protección de menores

¿Ha recibido usted ayuda del condado en los últimos 2 años?
___ sí ___ no

Padre B

___ madre ___ padre ___ guardián/padre adoptivo

nombre apellido

dirección

ciudad código postal

dirección de correo (si diferente de arriba)

número de teléfono

número de teléfono del trabajo

fecha de nacimiento (si el padre es joven)

idioma primordial que se habla en el hogar

nombre de empleador o escuela/programa de entrenamiento

código postal de empleo o institución

Necesidad: marque todas las que apliquen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> solicitando preescolar estatal | <input type="checkbox"/> *CPS/respiro |
| <input type="checkbox"/> matriculado en CalWORKS | <input type="checkbox"/> empleado |
| <input type="checkbox"/> padre joven | <input type="checkbox"/> migrante |
| <input type="checkbox"/> buscando empleo | <input type="checkbox"/> sin hogar |
| <input type="checkbox"/> incapacitado | <input type="checkbox"/> en la escuela/institución |
| <input type="checkbox"/> empleo temporal | <input type="checkbox"/> matriculado en CalLEARN |
| <input type="checkbox"/> matriculado en colegio/universidad | |
- *servicios de protección de menores

¿Ha recibido usted ayuda del condado en los últimos 2 años?
___ sí ___ no

La información del niño

Por favor complete para todos los niños menores de 18 años que viven en su casa aunque no necesiten cuidado.

A.	nombre del niño	masculino/ femenino	fecha de nacimiento	etnia	¿necesita cuidado?	¿alguna necesidad especial del niño?	¿ingles limitado?
B.	nombre del niño	masculino/ femenino	fecha de nacimiento	etnia	¿necesita cuidado?	¿alguna necesidad especial del niño?	¿ingles limitado?
C.	nombre del niño	masculino/ femenino	fecha de nacimiento	etnia	¿necesita cuidado?	¿alguna necesidad especial del niño?	¿ingles limitado?
D.	nombre del niño	masculino/ femenino	fecha de nacimiento	etnia	¿necesita cuidado?	¿alguna necesidad especial del niño?	¿ingles limitado?
E.	nombre del niño	masculino/ femenino	fecha de nacimiento	etnia	¿necesita cuidado?	¿alguna necesidad especial del niño?	¿ingles limitado?

La información del niño

Días de necesidad de cuidado (verifique cualquier o todos los que aplican)

___ varía ___ domingo ___ lunes ___ martes ___ miércoles ___ jueves ___ viernes ___ sábado

Horas de necesidad de cuidado (verifique cualquier o todos los que aplican)

___ varía ___ sólo mañanas ___ sólo tardes ___ todo el día ___ los fines de semana

Tipo de programa : ¿Le interesa a usted un programa educacional/preescolar de medio día?

___ **sí** ___ **no**

(Por favor pregunte al padre si necesitan cuidado de tiempo completo)

Opcional: Si el solicitante únicamente quiere una localidad y programa especifique por favor y ponga el nombre del sitio.

A elegir esta opción, usted no será contactado por cualquier otro sitio.

Nombre del programa/sitio preferido : _____

La información de los ingresos de la familia

(NOTA: si usted aplica como una familia adoptiva, ponga sólo los ingresos del niño(s)).

Padre A

sueldo \$ _____

propinas/comisiones \$ _____

asistencia del condado (TANF) \$ _____

mantenimiento del niño/conyugal \$ _____

desempleo \$ _____

incapacidad \$ _____

cuidado adoptivo \$ _____

otros ingresos \$ _____

ingresos totales (antes de impuestos) \$ _____

Padre B

sueldo \$ _____

propinas/comisiones \$ _____

asistencia del condado (TANF) \$ _____

mantenimiento del niño/conyugal \$ _____

desempleo \$ _____

incapacidad \$ _____

cuidado adoptivo \$ _____

otros ingresos \$ _____

ingresos totales (antes de impuestos) \$ _____