

# CHOICES FOR CHILDREN

## SOLICITUD DE LISTA DE ELIGIBILIDAD PARA CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO

Por favor complete y devuelva a:

Choices For Children  
1029 Takela Dr. 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 _____
MCCP input _____

Fecha de la aplicación: \_\_\_\_\_

- Declaro que la información proporcionada es verdadero y correcto según mi conocimiento. **Anote por favor que al enviar la aplicación no garantiza matriculación en el programa.**
- Esta aplicación es válida por 6 meses. Si, después de 6 meses, no actualizo esta aplicación, será quitada de la lista de Elegibilidad.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proporcione una dirección de correo electrónico para la comunicación y la información de recursos comunitarios de CFC:

\_\_\_\_\_

*Solamente aplicaciones por teléfono* : I certify that I have read the disclaimer above to the applicant and they agree to have their information placed onto the waitlist for purposes of determining eligibility for subsidized child care. Staff Initials \_\_\_\_\_

### *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) \$ \_\_\_\_\_**