



Aplicación para Servicios Preescolares y Cuidado de Niños



Por favor, complete la aplicación adjunta a esta carta, para que podamos incluirlo en nuestra lista de elegibilidad. Cuando haya terminado, por favor regrésela a uno de los centros enlistados en seguida.

Servicios del Niño y Familia
(530) 865-1145, (530)934-6598
Fax: (530) 865-4797



Programa de Pago, Recursos y Referencia del Cuidado de Niños
(530) 865-1118 o 1-800-394-2818
Fax: (530) 865-1283

Dirección: 676 E. Walker St. Orland, CA 95963

Lista de Elegibilidad Centralizada para recibir servicios de cuidado de niños y subsidiados

Los programas que se mencionan a continuación se han unido para hacer más fácil el proceso de aplicación para servicios de cuidado de niños y preescolar para las familias. Usando la tecnología del Internet, podemos mantener una lista centralizada de elegibilidad de todas las aplicaciones que recibimos, recopilando la información de otras agencias, ahorrándonos tiempo y ofreciéndoles a ustedes más oportunidades. Cuando usted firme la pagina 1 de esta aplicación usted nos autoriza a compartir toda su información con las agencias correspondientes. También, nos desliga de toda responsabilidad por los problemas que ocasionan las agencias que erróneamente interrumpen la seguridad del sistema electrónico.

Por favor complete la aplicación adjunta y guarde esta pagina para su referencia. Tenga en cuenta que por completar esta aplicación NO le garantiza que su hijo/a sea inscrito en el programa.

Compartiremos su información con los siguientes programas:

ASISTENCIA EN EL PAGO AL PROVEEDOR DE SU PREFERENCIA

***Programa de Pago Alternativo/ Cal WORKS (0-12)**

***Red de Cuidado de Niños en Casa (0-12) - Proveedores con licencia de cuidado de niños Especifica**

CENTROS ESPECIFICOS

Head Start/Estatal PREESCOLAR en Orland, Willows, & Hamilton City (3-5)

Head Start/Estatal PREESCOLAR de día completo en Orland & Willows (3-5)

Early Head Start/Estatal INFANTES y NIÑOS PEQUEÑOS día completo en Willows (8 semanas a 35 meses)

Early Head Start/Estatal INFANTES y NIÑOS PEQUEÑOS en Hamilton City (madres embarazadas y niños 8 semanas a 35 meses)

Early Head Start/ Estatal NIÑOS PEQUEÑOS de día completo en Orland (de 24 meses a 35 meses)

VISITAS EDUCACIONALES EN EL HOGAR

Early Head Start PRENATAL y BASADO EN EL HOGAR (madres embarazadas y niños 0-3)

La Lista de Elegibilidad Centralizada no es responsable por las acciones o decisiones en cuanto a las inscripciones hechas por parte de los programas preescolares o cuidado de niños participantes. Si algún padre tiene una queja referente a una acción tomado en cuanto a la administración de la Lista de Elegibilidad Centralizada por parte de CaFS, el/ella puede ponerse en contacto con la Gerente de la división de servicios para la familia (530) 865-1145 para solicitar de la resolución de la queja. La gerente obtendrá información del padre y del personal para entregar una respuesta por escrito sobre la queja dentro de 10 días. Si el padre cree que la queja sigue sin resolverse, él o ella pueden solicitar una audiencia con la Directora de CaFS. Durante la audiencia el padre presentara la queja y el personal de la Lista de Elegibilidad Centralizada presentara hecho materiales pertinentes a la acción. La Directora enviara una decisión por escrito dentro de 10 días.

Si un padre cree que la Lista de Elegibilidad Centralizada no ha cumplido con las leyes y regulaciones Estatales y Federales, o que ha discriminado a un padre, niño o familia en cualquier forma, puede interponer una queja con el Superintendente Escolar del Condado de Glenn.

Aplicación para la Lista de Elegibilidad Centralizada (No se aceptan aplicaciones incompletas) 1

Número de personas en la familia: _____

Fecha de Hoy: _____

Por favor, indique cómo escuchó de nosotros _____

Padre #1

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____

Género: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ Otros nombres que usted usa: _____
mes/día/año

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Domicilio donde recibe cartas: (si es diferente) _____

Número de teléfono de su casa o celular: () _____

Podemos llamar a su Numero de trabajo () _____

Correo electrónico: _____

¿Es usted el padre, abuelo o guardián de uno o más de los niños? Yes No

¿Está usted casado y viviendo con su esposo/a? Sí No

¿El segundo padre es papá/mamá de uno de los niños que viven en la casa Sí No

Idioma Principal: Español ¿Habla Ingles? Sí No

Padre #2: Si vive en casa y si tiene responsabilidad para el cuidado de (l)/los niño(s)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____

Género: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ Otros nombres que usted usa: _____
mes/día/año

Teléfono para mensajes o celular: () _____

Podemos llamar a su Numero de trabajo () _____

Servicios Deseados—Preescolar/Basado en el Hogar / Cuidado de Niños:

¿Está usted interesado **solamente en los centros preescolares o educativas en el hogar?** Sí No

¿Necesita usted cuidado de niños? Sí No

Si 'sí' - por favor de indicarlo abajo para padre #1 y padre #2 su(s) razon(es) para necesitar cuidado de niños:

#1	#2 Padre	# 1	#2 Padre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Está usted trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Está usted buscando empleo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo entrenamiento o asiste a la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Está usted incapacitado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Lo ha enviado el programa protector de niños (CPS) por negligencia, abuso, explotación, o algún riesgo?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Está usted buscado vivienda permanente o sin casa?		

Padre #1

Nombre de Empleo/Escuela _____

Código Postal de Empleo/Escuela _____

Padre #2

Nombre de Empleo/Escuela _____

Código Postal de Empleo/Escuela _____

Yo, declaro que esta información es verdadera en lo mejor de mi conocimiento. Yo, entendiendo que para poder mantener activa mi elegibilidad, debo avisar de cualquier cambio que ocurra en mi familia, empleo, entrenamiento, ingresos, dirección, teléfono y número de personas en mi familia. Si después de 1(un) año, no renueva su aplicación, será removida de la lista de espera.

Firma: _____

Fecha _____

Por favor llene la parte de atrás (Información de Ingresos y de los niños)



Padre (#1) horario de empleo/escuela

Padre (#2) horario de empleo/escuela

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
De:							
a:							
Max horas que trabaja en una semana							
Cuantas horas de cuidado necesita? _____							

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
De:							
a:							
Max horas que trabaja en una semana							
Cuantas horas de cuidado necesita? _____							

Trabajadores migratorios, Padre #1

Padre #2

Información sobre sus ingresos: (REQUERIDO)

Tarifa por hora pagada Padre #1 \$ _____

Padre #2 \$ _____

Ingresos mensuales de empleo: (antes de deducciones) \$ _____

\$ _____

Cal WORKS o otro (TANF) Familia \$ _____

Cal WORKS o otro (TANF) Solamente de Niño/s \$ _____

Si recibe Asistencia monetaria, Si usted está actualmente o ha recibido ¿Cuándo fue la última fecha en que usted lo recibió? _____ ¿Está recibiendo CalFRESH (SNAP) actualmente? Sí No

¿Está actualmente recibiendo WIC, Medi-Cal o está inscrito en algún programa gubernamental? Sí No

Otros ingresos ↓ Por favor circule ingreso ↓ y para Padre 1 or 2

(incluyendo SSI, Desempleo, Discapacidad, o otros ingresos; y escriba el tipo de ingreso en la línea) Otro: \$ _____

Manutención de hijos: \$ _____ (o manutención que usted paga) \$(_____)

Total de Ingresos MENSUAL de la Familia: \$ _____

Si esta para los centros de Early/Head Start -Ingreso ANNUAL de la familia (en los últimos 12 meses o el año pasado):

\$ _____
(impuestos del último año, Forma W-2)

Información de los Niños de la familia: (Escriba todos los niños en la familia que están viviendo en la casa)

Menores de 18 años (Incluya cualquier niño de 18 años que asista a la escuela secundaria) Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Apellido	Nombre	Inicial de Segundo Nombre	Genero M o F	Fecha de nacimiento mes/día/año	¿Tiene este niño alguna incapacidad o IEP / IFSP?	¿Cual es su parentesco con el menor?	¿Necesita cuidado este niño? Sí o No	Servicios	Lista los servicios para cada niño
1								PD: Parte del día	
2								FD: Día completo	
3								PRE: Preescolar	
4								AS: Después de escuela	
5								EVE: Noche	
								WK: Fines de Semana	

Programa que usted prefiere:

¿En qué lugar del condado le gustaría recibir los servicios que necesita? _____ (Orland, Willows, Hamilton City, etc.)

*Ayuda para pagar a un proveedor de cuidado de niños con o sin licencia

*Programa de Pago Alternativo/Cal Works

*Red de Cuidado de Niños en Casa

Centro de cuidado de niños

Centro de Early Head Start (Hamilton City)

Preescolares (Orland, Willows, & Hamilton City)

Centro de Early Head Start (Orland) (24m-35m)

Preescolares de día completo (Orland & Willows)

Centro de Early Head Start (Willows)

Visitas Educativas en el hogar

Early Head Start Prenatal y Basado en el Hogar