



1 Padre/Madre/Tutor Solicitando el Cuidado:

Solicitante A

Parentesco con el Niño/los Niños: Madre Padre Tutor Padre/Madre de Crianza

 Primer Nombre Nombre Intermedio Apellido Fecha de Nacimiento

(_____) (_____) (_____) _____
 Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Teléfono para dejar mensajes

 Dirección donde recibe su correo Ciudad Zona Postal

Zona Postal de la casa si es diferente a la anterior: _____

Número del Seguro Social (Opcional) _____

¿Se habla inglés en el hogar?: Sí No

Si no, qué idioma se habla en el hogar: _____

Origen étnico/Raza: _____

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

Solicitante B

Parentesco con el Niño/los Niños: Madre Padre Tutor Padre/Madre de Crianza

 Primer Nombre Nombre Intermedio Apellido Fecha de Nacimiento

(_____) (_____) (_____) _____
 Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Teléfono para dejar mensajes

 Número del Seguro Social (Opcional)

Origen étnico/Raza: _____

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

Número Total de Personas que Viven en el Hogar _____

2 Padre/Madre A**Padre/Madre B****Motivo por el Cual Necesita el Cuidado**

Está trabajando
Zona Postal del Empleador: _____

2º Trabajo
Zona Postal del Empleador: _____

Está asistiendo a la escuela/entrenamiento
Zona Postal de la Escuela/Entrenamiento: _____

- Está buscando trabajo
- Está buscando vivienda permanente
- Está incapacitado
- No hay motivo

Fuentes de Ingresos Actuales

(Escriba sus ingresos brutos antes de impuestos y deducciones)

Salario Mensual \$ _____

CalWORKs (Ayuda en efectivo), al mes \$ _____

Manutención de los hijos/cónyuge \$ _____

Dinero por desempleo, al mes \$ _____

Dinero por incapacidad, al mes \$ _____

Propinas/bonos, al mes \$ _____

Otros _____ \$ _____

**Total de Ingresos Mensuales
Del Padre/Madre \$ _____**

Motivo por el cual Necesita el Cuidado

Está Trabajando
Zona Postal del Empleador: _____

2º Trabajo
Zona Postal del Empleador: _____

Está asistiendo a la escuela/entrenamiento
Zona Postal de la Escuela/Entrenamiento: _____

- Está buscando trabajo
- Está buscando vivienda permanente
- Está incapacitado
- No hay motivo

Fuentes de Ingresos Actuales

(Escriba sus ingresos brutos antes de impuestos y deducciones)

Salario Mensual \$ _____

CalWORKs (Ayuda en efectivo), al mes \$ _____

Manutención de los hijos/cónyuge \$ _____

Dinero por desempleo, al mes \$ _____

Dinero por incapacidad, al mes \$ _____

Propinas/bonos, al mes \$ _____

Otros _____ \$ _____

**Total de Ingresos Mensuales
Del Padre/Madre \$ _____**

3 Por Favor Nombre Todos los Niños Menores de 18 Años que Hay en su Familia

Niño # 1

Necesita Cuidado: Sí No

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

Origen étnico/Raza: _____

Tiene el niño un IEP (Plan Individual de Educación) o IFSP (Plan Individual de Servicio para la Familia)? Sí No

Nombre del Plan: _____

¿ Está el niño # 1 bajo el cuidado de alguien en la actualidad? ¿El cuidado lo paga un programa estatal o del gobierno federal? Sí No – Si el niño asiste a un programa de cuidado, escriba el nombre del programa

Si no está bajo un programa de cuidado:

Clase de programa que prefiere: Guardería Pre-escolar del Estado Head Start Hogar donde cuidan niños

Exento Parte del día en Preescolar educacional Nombre del Programa Específico: _____

Zona Postal donde prefiere recibir el cuidado: _____

¿Cuántas Horas de Cuidado Necesita?

Tiempo Completo (6 horas o más) Medio Tiempo (menos de 6 horas) Noches Fines de Semana

Niño # 2

Necesita Cuidado: Sí No

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

Origen étnico/Raza: _____

Tiene el niño un IEP (Plan Individual de Educación) o IFSP (Plan Individual de Servicio para la Familia)? Sí No

Nombre del Plan: _____

¿ Está el niño # 2 bajo el cuidado de alguien en la actualidad? ¿El cuidado lo paga un programa estatal o del gobierno federal? Sí No – Si el niño asiste a un programa de cuidado, escriba el nombre del programa

Si no está bajo un programa de cuidado:

Clase de programa que prefiere: Guardería Pre-escolar del Estado Head Start Hogar donde cuidan niños

Exento Parte del día en Preescolar educacional Nombre del Programa Específico: _____

Zona Postal donde prefiere recibir el cuidado: _____

¿Cuántas Horas de Cuidado Necesita?

Tiempo Completo (6 horas o más) Medio Tiempo (menos de 6 horas) Noches Fines de Semana

Niño # 3Necesita Cuidado: Sí No

Primer Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

Origen étnico/Raza: _____

Tiene el niño un IEP (Plan Individual de Educación) o IFSP (Plan Individual de Servicio para la Familia)? Sí No

Nombre del Plan: _____

¿ Está el niño # 3 bajo el cuidado de alguien en la actualidad? ¿El cuidado lo paga un programa estatal o del gobierno federal? Sí No – Si el niño asiste a un programa de cuidado, escriba el nombre del programa

Si no está bajo un programa de cuidado:Clase de programa que prefiere: Guardería Pre-escolar del Estado Head Start Hogar donde cuidan niños Exento Parte del día en Preescolar educacional Nombre del Programa Específico: _____**Zona Postal donde prefiere recibir el cuidado:** _____**¿Cuántas Horas de Cuidado Necesita?** Tiempo Completo (6 horas o más) Medio Tiempo (menos de 6 horas) Noches Fines de Semana**Niño # 4**Necesita Cuidado: Sí No

Primer Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

Origen étnico/Raza: _____

Tiene el niño un IEP (Plan Individual de Educación) o IFSP (Plan Individual de Servicio para la Familia)? Sí No

Nombre del Plan: _____

¿ Está el niño # 4 bajo el cuidado de alguien en la actualidad? ¿El cuidado lo paga un programa estatal o del gobierno federal? Sí No – Si el niño asiste a un programa de cuidado, escriba el nombre del programa

Si no está bajo un programa de cuidado:Clase de programa que prefiere: Guardería Pre-escolar del Estado Head Start Hogar donde cuidan niños Exento Parte del día en Preescolar educacional Nombre del Programa Específico: _____**Zona Postal donde prefiere recibir el cuidado:** _____**¿Cuántas Horas de Cuidado Necesita?** Tiempo Completo (6 horas o más) Medio Tiempo (menos de 6 horas) Noches Fines de Semana

4. Por Favor Lea y Firme

Entiendo que la información acerca de mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, del Gobierno Federal, por auditores independientes o por representantes de las siguientes agencias que prestan servicios de cuidado y desarrollo de los niños:

Arvin School District

BCSD State Pre-K

California Migrant Leadership Council

CCEDC "La Escuelita" Child Development

CSUB Children's Center

Community Action Partnership

Community Connection for Child Care Subsidized child care program

Delano Learning Center

Delano Union Elementary School District

EOC SLO

Greenfield Union Elementary School District

High Desert Leapin' Lizards

Kern County Superintendent of Schools/Center Base Child Care

Kernville Union Elementary School District Preschool

KHSD/Bakersfield Adult School

Mexican American Opportunity Foundation

Mc Farland Unified School District

Taft College Children's Center

Sierra Sands Unified School District

Autorizo que se incluya mi número de Seguro Social en el cuestionario de elegibilidad para recibir servicio subsidiado de cuidado de mis niños.

Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en este cuestionario es verdadera, y que está correcta y completa.

También entiendo que toda la información personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma _____ Fecha _____

Por favor llene este formulario y devuélvalo a:

CEL of Kern County

Community Connection for Child Care

2000 24th Street

Bakersfield, CA 93301

Teléfono: (661) 861-5200

Fax: (661) 861-5261

<http://kcsos.kern.org/cccc>