

CEL del Condado de Kern

Incluída encontrará la solicitud que pidió de la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL, siglas en inglés) del Condado de Kern.

CEL es para los padres que están solicitando asistencia para pagar por el cuidado infantil ó programas preescolares. Su nombre en el banco de datos de CEL, pone su información disponible a 21 agencias del Departamento de Educación, Desarrollo Infantil de California y los programas Head Start del Condado de Kern, los cuales proporcionan servicios preescolares y/ó cuidado infantil.

Para asegurarnos de que le llamarán cuando haya cupo disponible para su niño(a) en un programa infantil subsidiado, CEL requiere que se mantenga información de sus necesidades y elegibilidad de cuidado infantil ó preescolar. Es importante que complete toda la información que requiere la solicitud. Si está incompleta, se le devolverá y no se incluirá en el banco de datos de CEL.

Para poder establecer el lugar geográfico en donde usted necesita cuidado infantil y/ó preescolar favor de incluir en la solicitud la escuela primaria más cercana donde quiera los servicios preescolares ó cuidado infantil.

Una vez que la solicitud haya sido incluída en CEL, recibirá una tarjeta de confirmación con un número de clasificación y otro de identificación. Es importante que mantenga su informaión al día. Asegúrese de llamar para actualizar cuando ocurra un cambio en sus ingresos, número de teléfono, dirección y número de miembros en su familia. Cada seis meses recibirá una tarjeta actualizada por correo. Si no responde a la petición para poner al día su información, su solicitud será puesta en estado inactivo.

Si tiene preguntas adicionales acerca de CEL favor de llamar a nuestra oficina, al número gratuito 877-861-5200 o al 661-861-5314.



Child Care
Centralized Eligibility List
Of Kern County

A Project of Community Connenction for Child Care

Preguntas hechas con Frecuencia

¿Qué es el número de clasificación?

Cada solicitante de CEL recibe un número de clasificación que es calculado utilizando el ingreso mensual y el número de miembros en la familia. Los números de clasificación varían entre el 1 al 66. Es posible que haya un sinúmero de familias con el mismo número de clasificación. A las familias con los números más bajos de clasificación, se les otorgará ayuda primero. Su número de clasificación no cambiará a menos de que existan cambios en sus ingresos ó el número de miembros en su familia.

¿Cuándo me llamarán de los servicios de cuidado infantil?

Cuando una agencia participante en CEL tenga cupo ó fondos disponibles en su programa para proporcionar servicios, dicha agencia tendrá acceso al banco de datos de CEL para encontrar familias que reúnan los requisitos particulares de ese programa. Cuando entregue una solicitud, esto le pondrá en una lista para todas las agencias participantes en CEL.

Si un padre escoge no participar en la oportunidad de cuidado infantil disponible, sus datos se mantendrán en el banco de datos de CEL en estado de espera.

¿Qué tipos de programas participan en la Lista Centralizada de Elegibilidad del Condado de Kern?

Las agencias participantes en CEL del Condado de Kern son programas preescolares y de cuidado infantil financiados por el Departamento de Educación de California, División de Cuidado Infantil. También participa, el programa Head Start del Condado de Kern.

Información Rápidos

Cuando los espacios para cuidado infantil estén disponibles, la agencias participantes tienen que actuar rápidamente para servir a las familias, así que esté preparado! He aquí unos puntos para que esté listo cuando le llamen. Mantenga su solicitud siempre al día. Asegúrese de que CEL siempre tenga su número de teléfono vigente a donde se le pueda encontrar ó dejar un mensaje. No dependa del identificador de llamadas. Responda a la llamada lo antes posible.

Si recibe una llamada para ser entrevistado para inscripción, necesitará proporcionar:

- Documentación para comprobar sus ingresos
- Documentación para comprobar el número de miembros en su familia
- Documentación para comprobar estado marital ó estado de padre ó madre soltero(a)
- Documentación para comprobar su relación con el niño(a).

El presentar una solicitud, no garantiza que recibirá servicios de cuidado y/ó desarrollo infantil. Todos los espacios para el cuidado infantil o programas preescolares están sujetos a disponibilidad de fondos.

CEL Application

OFFICE USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Teen Parent <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> C3AP <input type="checkbox"/> At Risk	
Date application entered: _____	
ID# _____	RANK# _____

Número de padres y niños menores de 18 años que viven en casa _____
 Padre/Tutor solicitante de Servicios de Desarrollo ó Cuidado Infantil

PADRE A			Padre A
Nombre _____			Motivo por el cual necesita el cuidado <input type="checkbox"/> Está trabajando Zona postal del empleador _____ <input type="checkbox"/> 2o Trabajo Zona postal del empleador _____ <input type="checkbox"/> Está asistiendo a la escuela/entrenamiento Zona postal de la escuela/Entrenamiento _____ <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo <input type="checkbox"/> Pre-escolar o Head Start <input type="checkbox"/> Está incapacitado Fuentes de Ingresos Actuales (Escriba sus ingresos antes de impuestos y deducciones) Salario Mensual \$ _____ CalWORKS (Ayuda en efectivo) al mes \$ _____ Mantención de los hijos/conyuge \$ _____ Dinero por desempleo al mes \$ _____ Dinero por incapacidad, al mes \$ _____ Financial Aid \$ _____ Propinas/bonos al mes \$ _____ Otros _____ \$ _____ Total de ingresos mensuales para Padre A \$ _____
Nombre	Nombre Intermedio	Apellido	
Número de Teléfono _____	Casa	Número alterno	
Fecha de Nacimiento: _____	Número de Seguro Social: _____	Opcional	
Relación con el niño (a): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo Temporal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado			
Se habla Inglés en la casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
Si contestó no, ¿qué idioma se habla en la casa?			
Grupo Étnico: _____			

PADRE B			Padre B
Nombre _____			Motivo por el cual necesita el cuidado <input type="checkbox"/> Está trabajando Zona postal del empleador _____ <input type="checkbox"/> 2o Trabajo Zona postal del empleador _____ <input type="checkbox"/> Está asistiendo a la escuela/entrenamiento Zona postal de la escuela/Entrenamiento _____ <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo <input type="checkbox"/> Pre-escolar o Head Start <input type="checkbox"/> Está incapacitado Fuentes de Ingresos Actuales (Escriba sus ingresos antes de impuestos y deducciones) Salario Mensual \$ _____ CalWORKS (Ayuda en efectivo) al mes \$ _____ Mantención de los hijos/conyuge \$ _____ Dinero por desempleo al mes \$ _____ Dinero por incapacidad, al mes \$ _____ Financial Aid \$ _____ Propinas/bonos al mes \$ _____ Otros _____ \$ _____ Total de ingresos mensuales para Padre B \$ _____
Nombre	Nombre Intermedio	Apellido	
Número de Teléfono _____	Casa	Número alterno	
Fecha de Nacimiento: _____	Número de Seguro Social: _____	Opcional	
Relación con el niño (a): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo Temporal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado			
Se habla Inglés en la casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			
Si contestó no, ¿qué idioma se habla en la casa?			
Grupo Étnico: _____			

DIRECCIÓN

Dirección postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Código Postal en donde quiere cuidado infantil ó servicios preescolares _____
 Escuela primaria más cercara a donde quiere cuidado infantil ó servicios preescolares _____

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS

Favor de poner en la lista a todos los niños menores de 13 años que necesitan servicios de cuidado deninos ó pre-escolares.

<p>Niño 1 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nombre _____ Apellido _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____</p> <p>¿Tiene el niño un Plan Educacional Individual IEP, siglas en inglés ó Plan Familiar De Servicio Individual IFSP, siglas en inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, por favor escríbalo: _____</p> <p>¿Esta el niño(a) inscrito en algún programa preescolar ó de cuidado infantil que esté financiado por fondos federales ó estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, cuál es el nombre del programa: _____</p> <p>Preferencia de programa <input type="checkbox"/> Cualquier programa disponible <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Guardería de Tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa subsidiado (AP)</p> <p>Código Postal en donde preferiría el cuidado: _____</p> <p>Horario: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (6 horas , +) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 6 horas) <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana</p>	<p>Niño 2 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nombre _____ Apellido _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____</p> <p>¿Tiene el niño un Plan Educacional Individual IEP, siglas en inglés ó Plan Familiar De Servicio Individual IFSP, siglas en inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, por favor escríbalo: _____</p> <p>¿Esta el niño(a) inscrito en algún programa preescolar ó de cuidado infantil que esté financiado por fondos federales ó estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, cuál es el nombre del programa: _____</p> <p>Preferencia de programa <input type="checkbox"/> Cualquier programa disponible <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Guardería de Tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa subsidiado (AP)</p> <p>Código Postal en donde preferiría el cuidado: _____</p> <p>Horario: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (6 horas , +) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 6 horas) <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana</p>
<p>Niño 3 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nombre _____ Apellido _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____</p> <p>¿Tiene el niño un Plan Educacional Individual IEP, siglas en inglés ó Plan Familiar De Servicio Individual IFSP, siglas en inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, por favor escríbalo: _____</p> <p>¿Esta el niño(a) inscrito en algún programa preescolar ó de cuidado infantil que esté financiado por fondos federales ó estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, cuál es el nombre del programa: _____</p> <p>Preferencia de programa <input type="checkbox"/> Cualquier programa disponible <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Guardería de Tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa subsidiado (AP)</p> <p>Código Postal en donde preferiría el cuidado: _____</p> <p>Horario: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (6 horas , +) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 6 horas) <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana</p>	<p>Niño 4 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Nombre _____ Apellido _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____</p> <p>¿Tiene el niño un Plan Educacional Individual IEP, siglas en inglés ó Plan Familiar De Servicio Individual IFSP, siglas en inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, por favor escríbalo: _____</p> <p>¿Esta el niño(a) inscrito en algún programa preescolar ó de cuidado infantil que esté financiado por fondos federales ó estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, cuál es el nombre del programa: _____</p> <p>Preferencia de programa <input type="checkbox"/> Cualquier programa disponible <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Guardería de Tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa subsidiado (AP)</p> <p>Código Postal en donde preferiría el cuidado: _____</p> <p>Horario: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (6 horas , +) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 6 horas) <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana</p>

Favor de leer y firmar

Entiendo que la información acerca de mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el gobierno Federal, auditores independientes, o las siguientes agencias de cuidado y/o desarrollo infantil:

- *Arvin School District *BCSD State Pre-K *California Migrant Leadership Council *CCEDC * La Escuelita "Child Development"
- *Community Action Partnership *Community Connection for Child Care *Delano High Scholl *Delano Union Elementary School District * EOC SLO
- *Kernville Union Elementary School District Preschool * KHSD/Bakersfield Adult School *Lamont School District /Family Resource Center
- *Mexican American Opportunity Foundation *McFarland Unified School District * Panama Buena Vista School District
- *Taft College Childrens Center *Sierra Sands Unified School District *VDA Inc.

Declaro bajo pena de perjurio, y bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

También entiendo que toda la información personal se mantendrá con estricta confidencialidad.

Firma _____

Fecha _____

**Teléfono (877) 861-5200 Gratuito
Teléfono (661) 861-5314
Fax (661) 861-5337
<http://kcsos.kern.org/cel>**