



Estimado Padre/ Tutor:

Usted ha expresado interés en recibir asistencia con el cuidado infantil. Para aplicar a estos programas subsidiarios, por favor complete la solicitud de la **Lista de Elegibilidad** y remítala a CCRC lo más pronto posible en el sobre adjunto, o por facsímil al (818) 717-9068, o personalmente.

Es importante que mantenga su información correcta y actual. Si su información no está correcta y/o actual no podremos comunicarnos con usted cuando haya cupo para ayudarle. Para actualizar su información, puede llamar al (818) 717-1000 Ext. 4478 (para el Valle de San Fernando y Santa Clarita) o (661) 789-1200 Ext. 4479 (para el Valle del Antílope).

La Lista de Elegibilidad es una lista de familias que necesitan cuidado infantil subsidiario y quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad establecida por el Departamento de Educación de California (CDE).

1. ¿Cómo sabré si mis niños son elegibles para el cuidado infantil subsidiario?

La aplicación de la Lista de Elegibilidad pedirá información sobre sus necesidades para cuidado infantil, sus ingresos, y el tamaño de su familia. Esta información es usada para determinar su elegibilidad para registrarlo en la Lista de Elegibilidad para cuidado infantil subsidiario. Usted recibirá una carta o tarjeta postal confirmando su registro en la Lista de Elegibilidad. **Esto confirma solo su registraci3n, No significa que recibirá los servicios.**

Estando en la Lista de Elegibilidad no garantiza que su ni1o ser1 inscrito en cuidado subsidiario.

2. ¿Despu3s que mi familia est3 registrada en la Lista de Elegibilidad, cu1nto tiempo tomar1 para que mi ni1o sea inscrito en cuidado infantil subsidiario?

Desafortunadamente no podemos anticipar cu1ndo habr1 cupo o cu1nto tiempo estar1 en la Lista de elegibilidad.

Esto es por varios factores:

- ◆ Los fondos son limitados y los espacios en los programas ocurren raramente.
- ◆ Su lugar en la Lista de Elegibilidad cambia conforme la informaci3n familiar cambia y otras familias son agregadas o borradas de la lista. La lista no es basada en cu1nto tiempo tenga usted en ella.
- ◆ Ser llamado para la ayuda depende donde el cupo ocurre y el tipo de programa. Por ejemplo, su ni1o de 6 a1os no ser1 llamado para un cupo pre-escolar.
- ◆ Algunas familias tienen un nivel m1s alto de prioridad que otras. Por ejemplo, una familia con ingresos bajos puede ser llamada antes que usted; o una familia con un ni1o ya en un programa subsidiario ser1 llamada primero si el hermano/a est1 en espera de cuidado.

3. ¿C3mo sabr3 cu1ndo habr1 cupo disponible para mi ni1o?

CCRC u otro programa de cuidado infantil lo contactará usando la informaci3n proporcionada por usted al registrarse en la Lista de Elegibilidad. Los programas necesitan llenar los cupos inmediatamente. Al tiempo que sea contactado tendr1 que verificar su informaci3n. Se har1 una cita para inscribir a su ni1o. Usted tendr1 que traer los documentos para verificar su ingreso, situaci3n de empleo, etc.

(ver al reverso)

4. ¿Y si no deseo el tipo de cuidado infantil ofrecido por el programa la Lista de Elegibilidad que me ha contactado?

Solo las agencias que cubren las áreas (código postal)) que usted ha indicado la contactarán.

Si usted es contactado por otro tipo de programa que no reúna sus necesidades, no necesita inscribirse. Su expediente familiar se mantendrá en la Lista de Elegibilidad, para que otros programas puedan contactarlo cuando tengan cupo. Sin embargo, si después de varias veces de contactarlo, usted continúa rehusándose a inscribirse, posiblemente será removido de la Lista de Elegibilidad.

5. ¿Puedo solicitar cuidado de un programa o guardería en particular?

Sí. Cuando se registre en la Lista de Elegibilidad, puede preguntar por un programa en particular (guardería / sitio) para su niño. Sin embargo, si su familia no está en el nivel más alto de prioridad, usted no será contactado primero.

6. ¿Después que mi familia esté registrada en la Lista de Elegibilidad, debo llamar para preguntar acerca de cupos?

No es necesario. Sin embargo, si alguna de su información cambia, entonces inmediatamente notifique al programa donde está registrado para que puedan actualizar su expediente en la Lista de Elegibilidad.

Cambios incluyen:

- ◆ Aumento o disminución de ingresos,
- ◆ Cambio de nombre, dirección, o teléfono,
- ◆ Cambio de personas en su familia,
- ◆ Cambio de empleo, actividad escolar; o
- ◆ Recién nacido o cambios en sus necesidad de cuidado infantil.

Usted puede actualizar su información por teléfono, o personalmente.

7. ¿Por cuanto tiempo mi aplicación está activa en la Lista de Elegibilidad Centralizada?

La aplicación está activa por solo 12 meses, si usted no actualiza su información o no los informa que sigue interesada para el cuidado infantil subsidiario, usted sera eliminada de la lista de elegibilidad.

Sinceramente,

Family Assessment and Orientation Unit

Child Care Resource Center
20001 Prairie Street
Chatsworth, Ca. 91311
(818) 717-1000 ext. 4478

Child Care Resource Center
250 Grand Cypress Avenue
Palmdale, CA 93551
(661) 789-1200 ext. 4479

cel@ccrcla.org

Información de Contacto:

Nombre del padre/guardián #1 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Código Postal Condado _____

Teléfono-en casa- (____) _____ Teléfono-del celular ú otro (____) _____ Idioma primario _____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

Nombre del padre/guardián #2 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

#1 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

#2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres

Necesidad de Cuidado Infantil: (por favor marque todo lo que corresponda para cada Padre /guardián u otros adultos en casa)

	Trabajando	Medicamento Incapacitado/Discapacitado	Buscando Trabajo	Sin Hogar	En la escuela/Entrenamiento	Trabajador Migratorio
Padre/Guardián #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Guardián #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuentes de ingresos (Escriba el total en dólares de todas sus fuentes de ingresos por cada adulto que recibe por mes antes de impuestos y deducciones)

Fuentes de ingresos	Padre/Guardián#1	Padre/Guardián#2
Trabajo / Empleo		
Mantenimiento Infantil		
Mantenimiento de Esposa (o)		
Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability)		
Beneficio de desempleo (Unemployment)		
Comisiones de venta/trabajo		
Asistencia Financiera		
Compensación al Trabajo (Workers Comp)		
Otros/Explicue		

CalWORKS (ayuda financiera)

Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)?
 NO SI - # de Caso: _____

Si la respuesta es **NO**, ha recibido ayuda financiera (welfare) en los últimos 2 años (24 meses)?
 NO SI

Si la respuesta es **SI**, por favor indique la fecha en qué terminó la ayuda: ____/____/____ # de Caso: _____



(818) 717 – 1000 ext 4478
 (661) 789 - 1200 ext 4479
 Fax (818) 717-9068

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Niño Adoptivo?	Cantidad de ayuda Youakim	Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre-Escolar Estatal?	Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado?
1			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Necesita Cuidado:

(marque todo lo que corresponda)

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Todo el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toda la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fines de semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugares preferidos
(Diferentes al código postal de su casa)

Necesidades Especiales:

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Conocimiento limitado del Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de Protección Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severamente discapacitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su niño tiene un IEP, IFOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social/Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas continuos de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión o audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prefiere ud. un centro o sitio específico

Si No

Nombre _____

Para Niño # _____

Para uso oficial solamente

New App. ____/____/____

Update App. ____/____/____