

Solicitud para la Lista Central de Elegibilidad del Condado de Marin

La Lista Central de Elegibilidad (CEL) es una lista del condado de Marin, compuesta por familias que solicitan asistencia económica para los gastos de cuidado infantil. Esta lista será utilizada por varios programas en el Condado de Marin para ofrecer cuidado infantil de bajo costo o sin costo alguno a familias. Estos programas incluyen programas financiados por el Departamento de Educación de California y el programa de "Head Start" en Marin.

Llene y envíe esta solicitud a:

Marin Child Care Council
555 Northgate Drive, Ste. 105
San Rafael, CA 94903

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE SOLICITANTE

Nombre del Padre/Madre Solicitante _____
Apellido Nombre Segundo Nombre
 Género Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de Casa _____
 Teléfono Celular _____ Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

¿Esta usted casado y viviendo con su esposo o esposa? Sí No
 ¿Esta actualmente viviendo en el hogar el otro padre/madre de al menos uno de los niños? Sí No
 (Si la respuesta es si, por favor complete la **Información del Segundo Padre/Madre** abajo)

INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE/MADRE (si esta en casa)

ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR SOLAMENTE SI EL SEGUNDO PADRE/MADRE RESIDE EN EL HOGAR

Nombre del Segundo Padre/Madre _____
Apellido Nombre Segundo Nombre
 Género Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____
 Teléfono Celular/Mensaje _____ Dirección de correo electrónico (e-mail) _____

NECESIDAD DE CUIDADO

- ¿Le interesa que su niño de 3 a 5 años de edad participe en un programa preescolar educativo por una parte del día? Sí No
- ¿Porque necesita usted servicios de cuidado infantil para sus niños? (marque todos lo que apliquen)

Padre Solicitante: Empleado/ Ingreso de trabajo por propia cuenta Escuela/Entrenamiento Buscando Empleo Incapacidad Medica Buscando Casa Permanente CPS

Segundo Padre: Empleado Ingreso de trabajo por propia cuenta / Escuela/Entrenamiento Buscando Empleo Incapacidad Medica Buscando Casa Permanente CPS

Información de empleo del padre/madre solicitante (si esta empleado) * Favor de incluir ingreso de trabajo por cuenta propia

	Padre #1	Padre #2
Nombre del Empleador:		
Código postal del Empleador:		
Teléfono/Extensión:		
Pago por Hora:	\$	\$
Horas trabajadas a la semana:		

Escuela del Padre Solicitante/Información de entrenamiento (asiste a la escuela o recibe entrenamiento)

	Padre #1	Padre #2
Nombre de la Escuela:		
Código postal de la Escuela:		
Meta educacional:		
Horas de actividad por semana:		
Fecha en que anticipa terminar (Año):		

INFORMACIÓN DE SALARIO

¿Recibe **actualmente** asistencia económica del Estado (CalWorks/Welfare)? Sí No
 (Si la respuesta es SI, por favor escriba la cantidad que recibió el mes pasado en la sección **Ingresos Adicionales** abajo)

¿Alguna vez ha recibido asistencia económica en California (CalWorks/Welfare)? Sí No
 Si su respuesta es SI, indique en que condado _____ Fecha en que terminó _____

Anote los ingresos que recibe cada mes por separado de los ingresos que recibe por parte de su trabajo. Por favor tome en cuenta que todos los ingresos serán verificados antes de su inscripción.

Ingresos Regulares	Padre 1	Padre 2
(Favor de circular el apropiado) SSA, SSI/SSP (hijo/a), SSI/SSP (padre), Desempleo	\$	\$

Ajustes de Ingreso		
Gastos de Sostenimiento de Hijos (Child Support)	\$	

Ingresos Adicionales	
Asistencia de Adopción, Asistencia Económica (Niños Solamente), Asistencia Económica (Familia),	\$
Ingresos de Sostenimiento de Hijos (Child Support)	\$
Otro	\$

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Anote la información de cada niño/a menor de 18 años de edad, o menor de 21 años de edad si el individuo tiene necesidades especiales (para determinar el número total de personas en la familia)

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Por la Tarde
 Antes/Después de la Escuela Fin de Semana
 Programa Preescolar (Preschool)

Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Por la Tarde
 Antes/Después de la Escuela Fin de Semana
 Programa Preescolar (Preschool)

Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Por la Tarde
 Antes/Después de la Escuela Fin de Semana
 Programa Preescolar (Preschool)

Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

Nombre: _____
 Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Por la Tarde
 Antes/Después de la Escuela Fin de Semana
 Programa Preescolar (Preschool)

Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

Por favor recuerde que esta, es solamente una solicitud para registrarse en la Lista Central de Elegibilidad y no garantiza que usted recibirá servicios subvencionados para el cuidado infantil.

CERTIFICACIÓN

La información en esta solicitud será compartida con todos los programas subvencionados de cuidado infantil en el condado de Marin. Yo entiendo que esta información es necesaria para determinar mi elegibilidad. Declaro que esta información es correcta.

Firma del Padre Solicitante: _____ Fecha: _____

