



**Aplicación para Servicios con
ChildDevelopmentConsortium of Los Angeles**

Nuestra agencia busca poder ayudar a familias de bajos ingresos con cuidado de los niños cuando los espacios de cuidado de los niños se hacen disponibles. Completando esta forma, usted se registra en nuestra lista de espera para recibir estos servicios. La información que usted proporciona en esta forma ayudará a determinar su elegibilidad para cuidado de los niños. La información en esta aplicación permite que nos podamos poner en contacto con usted cuando un espacio de cuidado de los niños se hace disponible. De acuerdo al Departamento de Educación del Estado de California todas las aplicaciones serán seleccionadas en orden de necesidad económica y no de acuerdo a la fecha de aplicación. Entonces, el personal de programa verificará la información que usted proporcionó en esta forma para asegurarse que usted es elegible antes de que usted sea invitado a matricular a su niño. **Toda la información es manejada confidencialmente.**

OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA SOLAMENTE

Date Received:	Date Processed:	Date Called:	Outcome:
----------------	-----------------	--------------	----------

COMPLETE LOS DOS LADOS DE LA FORMA

Fecha de Aplicación: _____

CUALQUIER APLICACIÓN QUE SE ENTREGUE INCOMPLETA SERÁ REGRESADA

Indique si su casa es Familia de padre soltero Familia de dos padres Padre de Crianza Otro

PADRE / GUARDIÁN #1

Apellido:		Nombre:	
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono (Casa):	Teléfono (Cell):		Lengua primaria:
Domicilio Electrónico:			
Nombre y Domicilio Trabajo u Escuela (Ciudad y Código Postal):			Teléfono de Trabajo u Escuela:

PADRE / GUARDIÁN#2 INFORMACION (Complete sólo si hay otro padre/guarda que reside en la misma casa.)

Apellido:		Nombre:	
Nombre y Domicilio Trabajo u Escuela (Ciudad y Código Postal):			Teléfono de Trabajo u Escuela:

CALWORKS PARTICIPACIÓN (Ayuda en efectivo)

¿Recibe hoy la ayuda en efectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si NO , ha recibido la ayuda en efectivo dentro de los dos años pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si SÍ , última fecha de pago de ayuda en efectivo: _____/_____/_____
--	---	---

LA RAZON DE NECESITAR CUIDADO DE NIÑOS (marque todos lo que aplique)

	PADRE / GUARDIÁN #1	PADRE / GUARDIÁN#2
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela Vocacional o Entrenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamente Incapacitado / Deshabilite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador Migratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pre-escolar de miedo día (3 hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAGOS ADOPTIVOS--CARE

¿Recibe usted pagos de cuidado adoptivos para cualquiera niño puesto en esta forma? Marque el niño y escriba la cantidad mensual.
 Niño # 1 \$ _____ Niño # 2 \$ _____ Niño # 3 \$ _____

Apellido Del Padre: _____

INGRESOS MENSUALES (Poner en dólares totales, antes de impuestos, para cada ingresos de padres / guardas en la casa.)		
	PADRE / GUARDIÁN #1	PADRE / GUARDIÁN#2
Trabajo / Empleo	\$	\$
Apoyo de Niño	\$	\$
Apoyo Conyugal	\$	\$
Incapacidad Estatal	\$	\$
Benéficos de Desempleo	\$	\$
Ventas/ Comisiones de Trabajo	\$	\$
Dinero en Efectivo (CalWORKs)	\$	\$
Compensación del Trabajador	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
SSI/SSP	\$	\$
Otro (explique):	\$	\$

LOS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA (Niños menos de 18 años que son miembros de la familia. Aguirre página adicional, si es necesario.)

Nombre y Apellido	Género (circule)	Fecha Nacimiento MM/DD/YYYY	Marque sólo si el cuidado de niños es necesario.			
			Tiempo Completo	Miedo Tiempo	Tardes o Fin Semana	Y = Hispano N = Otro
#1.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
#2.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
#3.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
#4.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
#5.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
#6.	F M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CENTRO PREFERIDO U PROGRAMA (Lista su código postal preferido. Ponga el nombre de unos de el Programa que Prefiere)

Niño #1	Código Postal:	Nombre de Programa/Agencia:
Niño #2	Código Postal:	Nombre de Programa/Agencia
Niño #3	Código Postal:	Nombre de Programa/Agencia

NIÑOS DE EDAD ESCOLAR (Complete sólo para niños de edad escolares.)

Niño # _____	Grado: _____	Nombre de Escuela/Distrito Escolar:
Niño # _____	Grado: _____	Nombre de Escuela/Distrito Escolar:
Niño # _____	Grado: _____	Nombre de Escuela/Distrito Escolar:

RAZA Y PERTENENCIA ÉTNICA (Marque todos que apliquen al niño considerado para la inscripción en los servicios de cuidado de niños.)

	Natural de Alaska Indio Americano	Asiático	Negro Africano Americano	Hawaiano Natal Otro	Caucásico	Isleño Pacífico
Niño #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESIDADES ESPECIALES (Marque todos los aplicables)

	Niño #1	Niño #1	Niño #1
Servicios Protectores de Niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño tiene IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual) o IEP (Plan de Educación Individual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño recibe servicios por el Centro Regional o el Distrito Escolar local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social emocional / comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardanzas del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discurso / comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión o audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (Favor de explicar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro (Información Adicional):
