

**Lista Centralizada de Elegibilidad
Aplicacion de subsidio para servicios
Del Cuidado de Niño en el condado de Modoc**

Enviar/Fax o/Traer: Administrado CEL
Modoc Child Care Resource & Referral
112 E. 2nd Street
Alturas, CA 96101
(530) 233-5437
Fax 233-4744

1. Informacion de Padre / Guardian

Nombre de Padre/Guardian A : _____ / B : _____
 Direccion _____ Telefono de casa: _____
 Ciudad: _____ Telefono de Trabajo A : _____ / B : _____

Cual es su relacion con el niño-s necesitando cuidado? Madre Padre Guardian- Padre adoptivo temporal
 Other: _____

Esta usted empleado? Padre A: Si No Cantidad en Bruto A : \$ _____ Padre B: Si No Cantidad en Bruto B : \$ _____

Nombre del empleador: _____ Codigo postal del empleador: Padre A: _____ Cuantas horas por semana? _____
 Nombre del empleador: _____ Codigo postal del empleador: Padre B: _____ Cuantas horas por semana? _____

En la escuela / entremamiento? Padre A: Si No Padre B: Si No
 Nombre de la escuela o programa: _____ Codigo postal de la escuela o programa: Padre A: _____ Actualmente inscrito en _____ unidades
 Nombre de la escuela o programa: _____ Codigo postal de la escuela o programa: Padre B: _____ Actualmente inscrito en _____ unidades

A recibido asistencia monetaria por el Departamento de Servicios Sociales en los ultimos 24 meses? Padre A: Si No Padre B: Si No
 Periodo de fecha de Ayuda Monetaria _____

Favor de Indicar si usted esta: Padre A: Activamente buscacando Discapacitado Buscando vivienda permanente Parte del dia educacion preescolar Actividades de CalWorks
 Padre B: Activamente buscacando Discapacitado Buscando vivienda permanente Parte del dia educacion preescolar Actividades de CalWorks
 Tamaño de Familia _____

Preferencia de idioma:
 Ingles Español Ortro (especifique) _____ es este un CPS/Referencial de riesgo? Si No

2. INFORMACION DEL NIÑOS (PARA CARA NIÑO VIVIENDO EN CASA)

Nombre	Fecha de nacimiento	Cuidado de niño	Horario de cuidado necesitado (Favor <input checked="" type="checkbox"/>)			
			Tiempo completo	Parte del tiempo	Tardes	Fin de Semana
1. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguno de estos niños esta actualmente recibiendo servicios de cuidado de niño subvencionado (excepto parte del dia preescolar)? Si No Si, si por cual Programa _____

Favor de indicar si cualquiera de lo siguiente aplica a alguno de estos niños:
 Necesidades Excepcionales (tiene un IEP o IFSP) Ingles Limitado Proficiente Nombre del Niño _____

Programa/Preferencia de Proveedor:

No preferencia (su aplicacion sera disponible para la abertura en todos los programas de Subsidio).

Firma de Padre:

Fecha:

La Familia reúne los requisitos de elegibilidad para los siguientes programas de subsidio de cuidado de niño: CAPP CFCC C2AP C3AP CDSS ETAPA 1

FAVOR DE A NOTAR: EL completar esta aplicacion No es una garantia de servicios. Su colocacion en el CEL es basado en el sistema superior de elegibilidad. Su ingreso total en bruto y el numero de personas en su unidad de familia para deterninara su orden de numero. Familias con el numero mas pequeno seran contactadas primero cuando la oportunidad sea disponible. El Condado de Modoc CEL, no discrimina en bases de edad, sexo, orientacion sexual, genero, identificacion de grupo etnico, raza, ancestría, origen nacional, religion, color, discapacidad mental o fisica en determinar cuales familias seran ayudadas.

FOR CEL OFFICE USE ONLY:

Date Application Received: _____ Rank: _____

Family ID#: _____

Data Entry Completed by: _____

Date: _____

File Status

Active Status: Yes No Enrolled: Yes No Exit Date: _____

CEL Application for parents.doc