

4s Del de Alameda

Condado Aplicacion de Elegibilidad

Office Use Only
Data entered date _____
Entered by _____
Ranking _____

Padre/Guardian # 1		
Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
Telefono del Hogar	Telefono Alterno	Telefono del Trabajo
Relacion con el niño/a?	Estado Civil	Idioma Escrito Preferido

Padre/Guardian # 2 (Solo indique la informacion del Segundo padre si vive en el hogar)		
Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
Telefono del Hogar	Telefono Alterno	Idioma Escrito Preferido

Informacion del Hogar

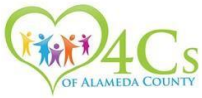
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Condado
-----------	--------	--------	---------------	---------

Tamaño de la familia (Numero de adultos e hijos relacionados por sangre, matrimonio o adopcion)

Razon por la cual necesita el cuidado infantil (Marque lo apropiado)	Padre # 1	Padre # 2
Servicios de protección infantil o en riesgo (CPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta Discapacitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es una persona Sin Hogar/Esta Buscando Hogar Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Codigo Postal de Empleado:	
Esta Entrenandose/Educandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Codigo Postal de la Escuela/Entrenamiento:	
Esta Buscando Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta buscando un Programa Pre Escolar de Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta actualmente recibido Ayuda en Efectivo (CalWorks) o lo a recibido en los ultimos 24 meses o ha recibido Diversion (asistencia de una sola vez, dinero en efectivo para participantes de CalWorks)? ¿Si si, en qué Condado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingreso Mensual y Recursos Economicos

(Marque el total de dinero antes de impuestos y deducciones)	Padre # 1	Padre # 2
Salario Mensual de Empleo/Dinero de empleo por si mismo	\$	\$
Ayuda en Efectivo (CalWorks) <input type="checkbox"/> Toda la familia <input type="checkbox"/> Solo los Hijos	\$	\$
Manutencion: Hijo/a o Conyuge	\$	\$
Beneficios de Desempleo	\$	\$
Compensacion al trabajador (Worker's Compensation)	\$	\$
Otro Ingreso (por favor explique)	\$	\$
Ingreso mensual en total	\$	\$



Debe completar la siguiente información con respecto a sólo aquellos niños que viven en el hogar para el que tenga responsabilidad legal.

	Niño/a # 1	Niño/a # 2	Niño/a # 3	Niño/a # 4
Primer Nombre				
Apellido				
Genero (niño/niña)				
Fecha de Nacimiento				
Su hijo/a tiene necesidades especiales?	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
Si si, tiene el niño/a un IEP (Programa Educative Individualizado) o IFSP?				
Este es un hijo de crianza?	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
¿Es un hermano actualmente matriculado en el programa? Si si, indique dónde:	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
¿Qué tipo de cuidados necesitará el niño/a? (Por favor marque todas las que apliquen)	Tiempo Completo Tiempo Parcial Por las Noches Fines de Semana No Servicios requeridos	Tiempo Completo Tiempo Parcial Por las Noches Fines de Semana No Servicios requeridos	Tiempo Completo Tiempo Parcial Por las Noches Fines de Semana No Servicios requeridos	Tiempo Completo Tiempo Parcial Por las Noches Fines de Semana No Servicios requeridos
Está actualmente recibiendo servicios subsidiado de cualquier otra agencia?	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
En caso que si, indique el nombre de la agencia y la domicilio				
Le gustaría recibir información sobre un centro de cuidados fundados por el departamento de estado de California?				

*** Por favor, recuerde que esta es una aplicación para el cuidado infantil subsidiado. Esta aplicación no garantiza que usted recibirá servicios *** Entiendo lo siguiente:

- La información proporcionada es verdadera y necesaria para determinar mi elegibilidad para un programa de cuidado infantil con subsidio y se verificará antes de mi inscripción.
- Esto no es un programa que sirve al primer llegado. Las familias elegibles están clasificadas según tamaño familiar e ingreso ajustado. Cuando 2 o más familias catalogan igualmente, la familia que aplica primero tiene prioridad.
- Debo contactar con 4Cs del Condado de Alameda con actualizaciones que necesitan estar en mi aplicación mientras espera en la lista de elegibilidad.

Al firmar este formulario, estoy declarando que la información es verdadera y correcta.

Imprimir nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Por favor retorne esta aplicación por correo, fax o en persona a la siguiente dirección:

Attn: 4Cs of Alameda County
 Eligibility Application Processor
 8105 Edgewater Drive, Ste. 270
 Oakland, CA 94621
 Phone (510) 383-3582, Fax (510) 383-3518