

CHILDREN'S CENTER LAB APLICACIÓN PARA LA LISTA DE PAGO'S POR SU CUENTA PARA EL CUIDADO DE NINO SUBSIDIARIO/PRE-ESCOLAR

Numero de Familia _____ Fecha: _____

1. Madre _____ Madrastra _____ Guardián _____ Madre Foster _____ En Casa __ Sí __ No Si "No", vaya a pregunta 2.

Nombre _____ Lenguaje Primario _____ Fecha de Nacimiento de Madre Adolescente _____

Dirección _____ No. Telefónico De Casa () _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____ No. Telefónico De Trabajo () _____

Razón para necesitar cuidado de niño (No Aplica al Pre-escolar Estatal)

Trabajando Sí/No Empleador _____ Dirección _____ Código Postal _____

Estudiante Sí/No Escuela _____ Dirección de Escuela _____ Código Postal _____

Buscando Empleo Sí ___ No ___ ¿Es madre incapacitada? Sí ___ No ___ ¿Hay caso de CPS abierto? Sí ___ No ___

2. Padre _____ Padrastra _____ Guardián _____ Padre Foster _____ En Casa __ Sí __ No Si "No", vaya a pregunta 3.

Nombre _____ Lenguaje Primario _____ Fecha de Nacimiento de Padre Adolescente _____

Dirección _____ No. Telefónico De Casa () _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____ No. Telefónico De Trabajo () _____

Razón para necesitar cuidado de niño (No Aplica al Pre-Escolar Estatal)

Trabajando Sí/No Empleador _____ Dirección _____ Código Postal _____

Estudiante Sí/No Escuela _____ Dirección de Escuela _____ Código Postal _____

Buscando Empleo Sí ___ No ___ ¿Es padre incapacitado? Sí ___ No ___ ¿Hay caso de CPS abierto? Sí ___ No ___

3. Complete esta sección para los niños en su hogar por los cuales solicita cuidado de niño/servicios pre-escolares. Por favor anote las horas exactas de cuidado de niño que necesita. Ejemplo: 7am-6pm.

1. _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Proveedor preferido/Nombre de Centro

Días y horas de cuidado: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____

2. _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Proveedor preferido/Nombre de Centro

Días y horas de cuidado: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____

3. _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Proveedor preferido/Nombre de Centro

Días y horas de cuidado: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____

4. _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Proveedor preferido/Nombre de Centro

Días y horas de cuidado: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____

5. _____ / ____ / ____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Proveedor preferido/Nombre de Centro

Días y horas de cuidado: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____

5. Prefiere servicios de cuidado de niño/pre-escolares cerca de su hogar, escuela, trabajo, o cualquier servicio disponible en su ciudad?
Circule su preferencia y anote el código postal: Hogar _____ Trabajo _____ Escuela _____ Cualquier Disponible _____

6. ¿De los niños que esta pidiendo servicios de cuidado/pre-escolares, hay alguno con incapacidades o necesidades especiales?

7. Nombres y fechas de nacimiento de otros niños en el hogar menores de 18 años que no recibirán servicios de cuidado de niño/servicios pre-escolares.

8. **INGRESOS** – Por favor anote cantidades mensuales, **ANTES** de cualquier deducción.

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES) \$ _____

Por favor marque todas las que apliquen:

Ayuda Monetaria/TANF Desempleo Incapacidad Manutención de hijos Comisión Compensación al Trabajador
Seguro Social Manutención Beneficios a sobrevivientes Pensiones Herencia Concesiones Foster Pago Militar
Subsidios De la Adopción Ayuda Financiera para estudiante específicamente para costos de vivienda

Concesiones de cuidado Foster/nombre de niño \$ _____

11. ¿Ha sido terminada/o de Ayuda Monetaria/TANF durante los últimos 24 meses? Sí _____ No _____

¿Si fue terminada/o, en que fecha? _____

Yo comprendo que es mi responsabilidad el notificar al Programa de la Lista de Allan Hancock College Children's Center si hay cambios en la información en esta aplicación. El fallar en reportar cambios puede resultar en que esta aplicación sea removida de la lista de elegibilidad.

Iniciales

Fecha

Quando el Resource and Referral reciba su aplicación completa, si la aplicación satisface el criterio de los programas para el cuidado de niño fundados por del Estado, su nombre será colocado en la lista de Elegibilidad. Al firmar esta aplicación usted asegura que toda la información proveída es correcta y puede que sea compartida con otras agencias que le puedan ayudar a recibir cuidado de niño.

Firma

Fecha

Regrese su aplicacion completa a:

Allan Hancock College
Children Center
800 S College Dr
Santa Maria, CA 93454

Números Telefónicos:

(805) 922-6966 ext. 3569
troepke@hancockcollege.edu
Fax: (805) 922-6652
rherrera@hancockcollege.edu

Para el uso de la oficina solamente:

Date up-dated: _____

Reason for removal from CEL List: _____

RANK # _____

Date became in-active: _____