



## Централизованная очередь для получения субсидий для детсада в Yolo County

Дата: \_\_\_\_\_

**CHILD CARE SERVICES  
OFFICE USE ONLY**

Date \_\_\_\_\_  
 Family ID \_\_\_\_\_  
 Rank \_\_\_\_\_  
 Income \$ \_\_\_\_\_  
 Size \_\_\_\_\_  
 Need \_\_\_\_\_

**Информация о родителях:**    Один родитель    семья с обоими родителями    Бабушка/дедушка    Опекун

Родитель/опекун А: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город : \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Рабочий номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Другой номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Родитель/опекун Б: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город : \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Рабочий номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Другой номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

- Находитесь ли вы в настоящее время на CALWORKS?    Да    Нет   Если ДА, является ли это **только** для детей?    Да    Нет
- Получали ли вы велфер (cash aid/TANF) в течение последних 2-х лет?    Да    Нет   Если ДА, было ли это **только** для детей?    Да    Нет
- Откуда вы узнали о YCEC?    Газета    Брошюра    Детсад (center)    Другое \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ДЕТЯХ:** Укажите всех детей, проживающих в доме до 18 лет, даже если им не нужен садик или Образовательная программа для детей дошкольного возраста.

| ИМЕНА ВСЕХ ДЕТЕЙ<br>В СЕМЬЕ НИЖЕ 18 ЛЕТ | ДАТА<br>РОЖДЕНИЯ<br>(МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД) | НУЖЕН ЛИ<br>ДЕТСАД<br>ДЛЯ<br>ЭТОГО<br>РЕБЁНКА | НА СКОЛЬКО<br>ЧАСОВ В<br>ДЕНЬ НУЖЕН<br>ДЕТСАД ДЛЯ<br>ВАШЕГО<br>РЕБЁНКА | КАКУЮ ШКОЛУ<br>ПОСЕЩАЕТ<br>(ЕСЛИ РЕБЁНОК<br>ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА) | Это<br>приёмный<br>ребёнок? | Имеет ли<br>ваш<br>ребёнок<br>IEP /<br>IFSP? |
|---|--------------------------------------|---|--|---|-----------------------------|--|
|   |                                      | ДА / НЕТ                                      |  |   | ДА / НЕТ                    | ДА / НЕТ                                     |
|   |                                      | ДА / НЕТ                                      |  |   | ДА / НЕТ                    | ДА / НЕТ                                     |
|   |                                      | ДА / НЕТ                                      |  |   | ДА / НЕТ                    | ДА / НЕТ                                     |
|   |                                      | ДА / НЕТ                                      |  |   | ДА / НЕТ                    | ДА / НЕТ                                     |
|   |                                      | ДА / НЕТ                                      |  |   | ДА / НЕТ                    | ДА / НЕТ                                     |

- Я буду пользоваться детсадом в:    Дэвисе    Вудланде    Западном Сакраменто    Винтерсе    В другом месте \_\_\_\_\_
- Какой детсад или вид программы вам нужен?  
 На весь день    На частичное время    Программа для дошкольников на пол дня (для 3-х и 4-х летних)
- Если вы предпочитаете субсидийный детсад (center), укажите здесь: \_\_\_\_\_
- Хотите ли вы получить информацию о недорогой страховке здоровья?    Да    Нет

**◆ PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THE APPLICATION ◆**

**ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ:** Опекуну должны указать только доход за опекунство.

| Месячный Семейный Доход   | Родитель или Опекун А | Родитель или Опекун Б | OFFICE USE ONLY |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Жалованье, зарплата (доход до вычета налогов)                   |                       |                       |                 |
| Денежная государственная помощь (TANF/Welfare)                  |                       |                       |                 |
| Алименты, <b>которые вы получаете</b>                           |                       |                       |                 |
| Алименты, <b>которые вы платите</b> по постановлению суда       | (            )        | (            )        |                 |
| Финансовая помощь с учебного заведения - приложите копию письма |                       |                       |                 |
| SSI / SSP Доход   |                       |                       |                 |
| Плата за опекунство   |                       |                       |                 |
| Другое (пенсия, нетрудоспособность, безработица):<br>_____      |                       |                       |                 |
| <b>ВСЕГО МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ</b>                   | \$                    | \$                    | \$              |

**ОСТАНОВИТЕСЬ ЗДЕСЬ** если вы подаёте заявление только на образовательную программу для детей дошкольного возраста (3 часа в день)  
(Расширитесь внизу этой страницы)

**ПРИЧИНА НУЖДЫ В ДЕТСАДЕ:** отметьте всё, что относится к вам

- Родитель А:**     Работает     ищет работу     нетрудоспособность (приложите документ)  
 Студент     CPS Referral     ищет постоянное место жительства
- Родитель Б:**     Работает     ищет работу     нетрудоспособность (приложите документ)  
 Студент     CPS Referral     ищет постоянное место

**ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ И УЧЁБЕ:****Родитель А: Информация работодателя:**

Работодатель: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

Часы работы за неделю: \_\_\_\_\_

**Информация об учёбе:**

Учебное заведение: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

Полное время \_\_\_\_\_ Неполное время \_\_\_\_\_

**Родитель Б: Информация работодателя:**

Работодатель: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

Часы работы за неделю: \_\_\_\_\_

**Информация об учёбе:**

Учебное заведение: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

Полное время \_\_\_\_\_ Неполное время \_\_\_\_\_

**ВАЖНО, ПОЖАЛУЙСТА ПРОЧИТАЙТЕ:** Когда мы получим вашу заполненную аппликацию, она будет просмотрена чтобы определить, подходите ли вы для субсидийной программы детсадов или нет. После того, как это будет определено, вы получите письмо, в котором будет указано, поставили вас на Централизованную очередь для получения субсидий детсада в Yolo County (YCEL) или отказали.

Эта программа оперирует без дискриминации, на основе равного отношения и доступа к услугам независимо от рассы, пола, цвета кожи, религии, национального происхождения и физических недостатков.

**РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН** \_\_\_\_\_

Подпись

Родственное отношение к ребёнку

Дата

**ОТПРАВЬТЕ АППЛИКАЦИЮ ФАКСОМ:** (530) 750-2742  
**ИЛИ ПО ПОЧТЕ:** Child Care Services, 600 A Street, Suite C, Davis, CA 95616

**Phone:** (530) 757-5695  
**Toll Free:** (800) 723-3001