



**CHILD CARE SERVICES
OFFICE USE ONLY**

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

**APLICACIÓN PARA LA LISTA CENTRALIZADA DE ELEGIBILIDAD
PARA CUIDADO SUBSIDIARIO EN EL CONDADO DE YOLO**

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE FAMILIA: Padre Soltero Familia de Dos Padres Abuelo(a) Padre de Crianza (Foster)

Nombre del Padre A: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Tel. de Casa: (____) _____
 Tel. de Trabajo: (____) _____
 Otro Teléfono: (____) _____

Nombre del Padre B: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Tel. de Casa: (____) _____
 Tel. de Trabajo: (____) _____
 Otro Teléfono: (____) _____

- ¿Está actualmente recibiendo asistencia de CALWORKS? Sí No **¿Si marcó que sí, es SÓLO para los niños?** Sí No
- ¿Ha recibido "TANF" durante los últimos dos años? Sí No **¿Si marcó que sí, era SÓLO para los niños?** Sí No
- ¿Cómo se enteró de YCEL? Periódico Volante Centro de Cuidado Infantil Otro _____

INORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS: Escriba todos los niños que viven en casa bajo 18 años aunque no necesiten cuidado/preescolar.

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR BAJO 18 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	¿Está aplicando por este niño?	HORAS QUE NECESITAN AL DÍA	ESCUELA (si asiste a la escuela)	¿NIÑO DE CRIANZA/ FOSTER?	¿NECESIDADES ESPECIALES?
		S / N			S / N	S / N
		S / N			S / N	S / N
		S / N			S / N	S / N
		S / N			S / N	S / N
		S / N			S / N	S / N

- Necesito cuidado infantil en: Davis Woodland West Sacramento Winters Otro _____
- ¿Qué tipo de cuidado infantil necesita?: Tiempo Completo Tiempo Parcial Medio tiempo preescolar (niños 3 y 4 años)
- Si usted prefiere algún Centro, escríbalo aquí: _____
- ¿Quiere obtener información sobre seguro médico de bajo costo? Sí No

◆ POR FAVOR, COMPLETE LOS DOS LADOS DE LA APLICACIÓN ◆

INFORMACIÓN DE INGRESOS: Padres de crianza/foster sólo tienen que incluir ingresos de cuidado de crianza/foster.

Ingresos Mensuales de la Familia	Padre A	Padre B	OFFICE USE ONLY
Sueldo o salario (el total <u>antes</u> de los impuestos)			
Ayuda Monetaria (TANF/Welfare)			
Pensión alimenticia/apoyo de niños que usted recibe			
Apoyo monetario de niños que usted paga por orden de corte	()	()	
Ayuda Financiera de la Escuela – INCLUYA COPIA DE LA CARTA			
Ingresos de SSI / SSP			
Pagos por cuidado de crianza/foster			
Otro (pensión, desempleo, incapacidad): _____			
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES <u>ANTES DE IMPUESTOS:</u>	\$	\$	\$

~~~~~ **PARE AQUÍ** si usted sólo está aplicando para **ESCUELA PREESCOLAR (3horas al día)**. ~~~~~  
(Firme debajo de la página.)

**NECESIDAD PARA EL CUIDADO:** Marque todo lo que aplica

- Padre A:**     Trabajando     Buscando Trabajo     Incapacidad por razón médica (incluya documentación)  
                   Estudiante     Referido de CPS     Buscando Hogar Permanente (actualmente sin hogar)
- Padre B:**     Trabajando     Buscando Trabajo     Incapacidad por razón médica (incluya documentación)  
                   Estudiante     Referido de CPS     Buscando Hogar Permanente (actualmente sin hogar)

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO / ESCUELA:**

**Padre A: Información del EMPLEO:**

Empleador: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_

**Información de la ESCUELA:**

Escuela: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Tiempo Completo: \_\_\_\_\_ o Parcial: \_\_\_\_\_

**Padre B: Información del EMPLEO:**

Empleador: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas trabaja por semana?: \_\_\_\_\_

**Información de la ESCUELA:**

Escuela: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Tiempo Completo: \_\_\_\_\_ o Parcial: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE, POR FAVOR LEA:** Cuando recibimos su aplicación completa, será procesada para determinar si usted califica para cuidado subsidiario de niños. En cuanto se determine su elegibilidad, usted recibirá una carta que verifica o niega su lugar en YCEL (La Lista Centralizada de Elegibilidad de Yolo).

Este programa funciona en una base legal, sin discriminación, dando tratamiento igual y acceso a servicios sin considerar la raza, género, color, religión, origen nacional o desventaja física.

**PADRE/TUTOR LEGAL**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FAX APLICACIÓN AL:** (530) 750-2742

**O ENVÍE A:** Child Care Services, 600 A Street, Suite C, Davis, CA 95616

**Teléfono:** (530) 757-5695

**O Gratis al:** (800) 723-3001