



# 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.

Trabajo (Madre) \$ _____	Ayuda Monetaria/TANF \$ _____	Desempleo \$ _____
Trabajo (Padre) \$ _____	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 \$ \_\_\_\_\_ Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_

Concesiones de cuidado Foster/nombre de niño \$ \_\_\_\_\_

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

9. ¿Actualmente, esta recibiendo Ayuda Monetaria/TANF? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. ¿Actualmente, esta recibiendo servicios subsidiados de cuidado de niño/servicios pre-escolares? \_\_\_\_\_  
Nombre del Programa

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 Elegibilidad Centralizada del Santa Barbara Family Care 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

Cuando el Santa Barbara Family Care Center 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:**  
**Centralized Eligibility List Program**  
Santa Barbara Family Care Center  
**1900 State St. Suite A**  
**Santa Barbara, CA 93101**

**Números Telefónicos:**  
**Santa Bárbara: 682-7170**  
**Lompoc o línea gratuita: 1(866) 440-4481**  
**Santa Maria: 614-4238**

**Para el uso de la oficina solamente:**

Date up-dated: \_\_\_\_\_

Reason for removal from CEL List: \_\_\_\_\_

RANK # \_\_\_\_\_

Date became in-active: \_\_\_\_\_

4/27/2006MH