

Escuela del Padre Solicitante/Información de entrenamiento (asiste a la escuela o recibe entrenamiento)¿Esta inscrito en alguna Universidad Comunitaria, Universidad del Estado de CA, o Universidad de CA? Sí No

Nombre de la Escuela: _____

Código postal de la Escuela: _____

Meta educacional: _____

Total de unidades este semestre/trimestre: _____

Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año): _____

Horas mínimas de actividad por semana: _____

Horas máximas de actividad por semana: _____

Información de empleo del Segundo Padre (si esta empleado)

Nombre del Empleador: _____

Código postal del Empleador: _____

Teléfono/Extensión: _____

Ingreso Mensual Bruto

(incluyendo propinas y comisiones): \$ _____

O

Tarifa por Hora/Numero de horas de trabajo a la semana: \$ _____ / _____ Por Semana

Empleador #1

Empleador #2

\$ _____ / _____ Por Semana

\$ _____ / _____ Por Semana

Escuela del Segundo Padre /Información de entrenamiento (si asiste a la escuela o recibe entrenamiento)¿Esta inscrito en alguna Universidad Comunitaria, Universidad del Estado de CA, o Universidad de CA? Sí No

Nombre de la Escuela: _____

Código postal de la Escuela: _____

Meta educacional: _____

Total de unidades del semestre/trimestre: _____

Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año): _____

Horas mínimas de actividad por semana: _____

Horas máximas de actividad por semana: _____

INFORMACIÓN DE SALARIO¿Recibe **actualmente** asistencia económica del Estado (CalWorks/Welfare)? Sí No(Si la respuesta es SI, por favor escriba la cantidad que recibió el mes pasado en la sección **Ingresos Adicionales** abajo)¿Alguna vez ha recibido asistencia económica en California (CalWorks/Welfare)? Sí No

Si su respuesta es SI, indique en que condado _____ Fecha en que terminó _____

Anote los ingresos que recibe cada mes por separado de los ingresos que recibe por parte de su trabajo. Por favor tome en cuenta que todos los ingresos serán verificados antes de su inscripción.

Ingresos Regulares	Padre Solicitante	Segundo Padre
Ingresos de Trabajo por Cuenta Propia	\$ _____	\$ _____
Ingresos de la Administración de Seguro Social (SSA)	\$ _____	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) (Niño Solamente)	\$ _____	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) (Padre/Madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del Programa de Desempleo	\$ _____	\$ _____

Ingresos Adicionales	
Asistencia de Adopción	\$ _____
Asistencia Económica (Niños Solamente)	\$ _____
Asistencia Económica (Familia)	\$ _____
Ingresos de Sostenimiento de Hijos (Child Support)	\$ _____
Ingresos de Cuidado de Crianza Temporal (Foster Care) o Ingresos de la Administración de Seguro Social (SSA) (Niño Solamente)	\$ _____
Ingresos de Sostenimiento Matrimonial (Spousal Support)	\$ _____
Otro	\$ _____

Ajustes de Ingreso	
Gastos de Sostenimiento de Hijos (Child Support)	\$ _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Anote la información de cada niño/a menor de 18 años de edad, o menor de 21 años de edad si el individuo tiene necesidades especiales (para determinar el número total de personas en la familia)

Nombre _____			Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre		
Fecha de nacimiento: _____			¿Necesita cuidado infantil este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación al padre/madre de familia <input type="checkbox"/> Natural/Adoptivo/Hijastro <input type="checkbox"/> Adopción Temporal (foster) <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Nieto				
Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> IEP o IFSP <input type="checkbox"/> No Requiere Necesidades Especiales				
¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es SI, ¿en que programa? _____				
¿Asiste el niño una escuela primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SI, donde? _____				
Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)				
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Programa Preescolar (Preschool) <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Por la Tarde				
<input type="checkbox"/> Fin de Semana Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____				

Nombre _____			Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre		
Fecha de nacimiento: _____			¿Necesita cuidado infantil este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación al padre/madre de familia <input type="checkbox"/> Natural/Adoptivo/Hijastro <input type="checkbox"/> Adopción Temporal (foster) <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Nieto				
Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> IEP o IFSP <input type="checkbox"/> No Requiere Necesidades Especiales				
¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es SI, ¿en que programa? _____				
¿Asiste el niño una escuela primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SI, donde? _____				
Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)				
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Programa Preescolar (Preschool) <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Por la Tarde				
<input type="checkbox"/> Fin de Semana Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____				

Nombre _____			Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre		
Fecha de nacimiento: _____			¿Necesita cuidado infantil este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación al padre/madre de familia <input type="checkbox"/> Natural/Adoptivo/Hijastro <input type="checkbox"/> Adopción Temporal (foster) <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Nieto				
Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> IEP o IFSP <input type="checkbox"/> No Requiere Necesidades Especiales				
¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es SI, ¿en que programa? _____				
¿Asiste el niño una escuela primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SI, donde? _____				
Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)				
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Programa Preescolar (Preschool) <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Por la Tarde				
<input type="checkbox"/> Fin de Semana Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____				

Nombre _____ Género: Masculino Femenino
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ ¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

Relación al padre/madre de familia Natural/Adoptivo/Hijastro Adopción Temporal (foster) Guardián Nieto

Necesidades Especiales IEP o IFSP No Requiere Necesidades Especiales

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Si la respuesta es SI, ¿en que programa? _____

¿Asiste el niño una escuela primaria? Si No Si la respuesta es SI, donde? _____

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Programa Preescolar (Preschool) Antes/Después de la Escuela Por la Tarde
 Fin de Semana Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

Nombre _____ Género: Masculino Femenino
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ ¿Necesita cuidado infantil este niño/a? Si No

Relación al padre/madre de familia Natural/Adoptivo/Hijastro Adopción Temporal (foster) Guardián Nieto

Necesidades Especiales IEP o IFSP No Requiere Necesidades Especiales

¿Actualmente esta inscrito en un programa subvencionado para el cuidado de niños? Sí No

Si la respuesta es SI, ¿en que programa? _____

¿Asiste el niño una escuela primaria? Si No Si la respuesta es SI, donde? _____

Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Programa Preescolar (Preschool) Antes/Después de la Escuela Por la Tarde
 Fin de Semana Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) _____

¿Le gustaría recibir información concerniente a leyes o legislaciones que afectan el cuidado infantil? Si No

¿Tienen sus hijos seguro medico? Si No

¿Le gustaría recibir información sobre seguros médicos de bajo costo para sus hijos/as? Si No

Por favor recuerde que esta, es solamente una solicitud para registrarse en la Lista Central de Elegibilidad y no garantiza que usted recibirá servicios subvencionados para el cuidado infantil.

CERTIFICACIÓN

La información en esta solicitud será compartida con todos los programas subvencionados de cuidado infantil en el condado de Marin. Yo entiendo que esta información es necesaria para determinar mi elegibilidad. Declaro que esta información es correcta.

Firma del Padre Solicitante: _____ Fecha: _____