

# Formulario para Actualizar la Lista Central de Elegibilidad del Condado de Marin

La Lista Central de Elegibilidad (CEL) es una lista del condado de Marin, compuesta por familias que solicitan asistencia económica para los gastos de cuidado infantil. Esta lista será utilizada por varios programas en el Condado de Marin para ofrecer cuidado infantil de bajo costo o sin costo alguno a familias. Estos programas incluyen programas financiados por el Departamento de Educación de California y el programa de "Head Start" en Marin.

**MOMentum**

Llene y envíe esta solicitud a:

Marin Child Care Council  
555 Northgate Drive, Ste. 105  
San Rafael, CA 94903

## INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE SOLICITANTE

Nombre del Padre/Madre Solicitante \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre  
 Género  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (E-mail) \_\_\_\_\_

¿Esta usted casado y viviendo con su esposo o esposa?  Sí  No

¿Esta actualmente viviendo en el hogar del otro padre/madre de al menos uno de los niños?  Sí  No

## INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE/MADRE (si esta en casa)

**ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR SOLAMENTE SI EL SEGUNDO PADRE/MADRE RESIDE EN EL HOGAR**

Nombre del Segundo Padre/Madre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre  
 Género  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular/Mensaje \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE CUIDADO

- ¿Le interesa que su niño de 3 a 5 años de edad participe en un programa preescolar educativo por una parte del día?  Sí  No
- ¿Porque necesita usted servicios de cuidado infantil para sus niños? (marque todos lo que apliquen) **Si tiene un caso de CFS habierto, favor de incluir una carta de referencia.**

**Padre Solicitante:**  Empleado/ Ingreso de trabajo por propia cuenta  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Medica  Buscando Casa Permanente  CFS

**Segundo Padre:**  Empleado/Ingreso de trabajo por propia cuenta  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Medica  Buscando Casa Permanente  CFS

## Información de empleo del padre/madre solicitante (si esta empleado) \* Favor de incluir ingreso de trabajo por cuenta propia

	Padre #1	Padre #2
Nombre del Empleador:		
Código postal del Empleador:		
Teléfono/Extensión:		
Pago por Hora:	\$	\$
Horas trabajadas a la semana:		

## Escuela del Padre Solicitante/Información de entrenamiento (asiste a la escuela o recibe entrenamiento)

	Padre #1	Padre #2
Nombre de la Escuela:		
Código postal de la Escuela:		
Meta educacional:		
Horas de actividad por semana:		
Fecha en que anticipa terminar (Año):		

## 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 1	Padre 2
(Favor de circular el apropiado) SSA, SSI/SSP (hijo/a), SSI/SSP (padre), Desempleo	\$	\$

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

Ingresos Adicionales	
Asistencia de Adopción,	\$
Asistencia Económica (Niños Solamente), Asistencia Económica (Familia),	
Ingresos de Sostenimiento de Hijos (Child Support)	\$
Otro	\$

**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: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F   
 ¿Necesita cuidado infantil este niño/a?  Si  No  
 Tiene su niño(a) un IEP o IFSP? Circule cual.  
 Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)  
 Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Prescolar  
 **Antes/Después de la Escuela**  Por la tarde/fin de semana  
**\*Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_  
 Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F   
 ¿Necesita cuidado infantil este niño/a?  Si  No  
 Tiene su niño(a) un IEP o IFSP? Circule cual.  
 Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)  
 Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Prescolar  
 **Antes/Después de la Escuela**  por la tarde/fin de Semana  
**\*Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_  
 Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F   
 ¿Necesita cuidado infantil este niño/a?  Si  No  
 Tiene su niño(a) un IEP o IFSP? Circule cual.  
 Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)  
 Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Prescolar  
 **Antes/Después de la Escuela**  Por la tarde/fin de Semana  
**\*Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_  
 Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F   
 ¿Necesita cuidado infantil este niño/a?  Si  No  
 Tiene su niño(a) un IEP o IFSP? Circule cual.  
 Servicios que el niño necesita (marque todos los que apliquen)  
 Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Prescolar  
 **Antes/Después de la Escuela**  Por la tarde/fin de Semana  
**\*Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_  
 Códigos postales o nombres de las programas que prefiere (si hay preferencia) \_\_\_\_\_

*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: \_\_\_\_\_

