

## APLICACIÓN PARA CUIDADO SUBSIDIADO DE NIÑO

| <b>PADRE/GUARDIAN # 1</b>   |   |   |                            |                             |
|---|---|---|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Apellido</b>   | <b>Primer Nombre</b>  | <b>Inicial</b>  | <b>Fecha de Nacimiento</b> |                             |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>¿Relación con el hijo/a?</b>   | <b>Estado Civil</b>   | <b>Idioma Preferido</b>   |                            |                             |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>Teléfono del Hogar</b>   | <b>Teléfono del Celular</b>   | <b>Teléfono Alterno</b>   |                            | <b>Teléfono del Trabajo</b> |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>Correo Electronico</b>   |   |   |                            |                             |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>PADRE/GUARDIAN #2 (SOLO INDIQUE LA INFORMACION DEL SEGUNDO PADRE SI VIVE EN EL HOGAR)</b>  |   |   |                            |                             |
| <b>Apellido</b>   | <b>Primer Nombre</b>  | <b>Fecha de Nacimiento</b>  |                            |                             |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>INFORMACION DEL HOGAR</b>  |   |   |                            |                             |
| <b>Dirección</b>  |   |   |                            | <b>Apartamento</b>          |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>Ciudad</b>   |   | <b>Estado</b>   | <b>Código Postal</b>       | <b>Condado</b>              |
|   |   | CA  |                            | ALAMEDA                     |
| <b>Tamaño de la familia: Numero de adultos e hijos relacionados por sangre, matrimonio o adopción</b>   |   |   |                            |                             |
|   |   |   |                            |                             |
| <b>RASON POR CUAL NECESITA EL CUIDADO INFANTIL (MARQUE LO APROPIADO)</b>  |   |   |                            |                             |
| <b>¿Alguna vez recibió CalWORKs?</b>  | <b>Ha recibido Diversión?</b> (Asistencia de una sola vez, dinero en efectivo para participantes de CalWORKs) | <b>Si contesto si, ¿En que fecha terminó la ayuda o el único pago</b> |                            |                             |
| Si / No   | Si / No   |   |                            |                             |
|   |   | <b>Padre/ Guardian #1</b>   | <b>Padre/ Guardian #2</b>  |                             |
| <b>Esta Empleado</b>  |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Ciudad/ Código Postal de Empleo:</b>   |   |   |                            |                             |
| <b>Esta Entrenándose o Educándose:</b>  |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Ciudad/ Código Postal de la Escuela/ Entrenamiento:</b>  |   |   |                            |                             |
| <b>Esta Discapacitado</b>   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Esta Buscando Empleo</b>   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Persona Sin Hogar/ Esta Buscando Hogar Permanente</b>  |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Buscando un Programa Pre-escolar de Tiempo Parcial</b>   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>Trabajador Migrante</b>  |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                             |
| <b>INGRESO MENSUAL Y RECURSOS ECONOMICOS</b>  |   |   |                            |                             |
| <small>(Para cada Padre/ Guardián en la Familia) Marque el total de dinero antes de impuestos y deducciones o dinero de otros recursos.</small> |   |   |                            |                             |
| <b>INGRESOS MENSUAL</b>   |   | <b>Padre/ Guardian #1</b>   | <b>Padre/ Guardian #2</b>  |                             |
| <b>Salario Mensual de Empleo/ Dinero de Empleo por si mismo (salario bruto)</b>   |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Ayuda en Efectivo (CalWORKs)</b>   |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Manutención: Niño o Cónyuge</b>  |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Beneficios de Desempleo</b>  |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Compensación al Trabajo (Worker's Compensation)</b>  |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Beneficios de Discapacitado</b>  |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>Otro Ingreso (por favor explique):</b>   |   | \$  | \$                         |                             |
| <b>INGRESO MENSUAL EN TOTAL</b>   |   | <b>\$</b>   | <b>\$</b>                  |                             |

| NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR   |   |  |                               |
|---|---|--|-------------------------------|
| Apellido  | Primer Nombre   | Fecha de Nacimiento  |                               |
|   |   |  |                               |
| ¿Si hijo/a tiene necesidades especiales?  |   |  |                               |
| <input type="checkbox"/> No Necesidad Especiales  | <input type="checkbox"/> IEP (Programa Educativo Individualizado) | <input type="checkbox"/> IFSP (Plan de Servicios Familiares Individualizado) | <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿Su hijo/a esta recibiendo servicios subsidiados de cuidado infantil?   |   | ¿Su hijo/a es limitado en el idioma de ingles?                               |                               |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto si, en donde?   |   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                      |                               |
| Servicios requeridos: (marque todo lo que corresponda)  |   | <input type="checkbox"/> NO SERVICIOS REQUERIDOS                             |                               |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Pre escolar <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> De La Noche a la Mañana <input type="checkbox"/> Fines de Semana |   |  |                               |
| ¿Preferencias para el cuidado infantil?   |   |  |                               |
| Programa Preferido o Proveedor Preferido:   |   |  |                               |

| NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR   |   |  |                               |
|---|---|--|-------------------------------|
| Apellido  | Primer Nombre   | Fecha de Nacimiento  |                               |
|   |   |  |                               |
| ¿Si hijo/a tiene necesidades especiales?  |   |  |                               |
| <input type="checkbox"/> No Necesidad Especiales  | <input type="checkbox"/> IEP (Programa Educativo Individualizado) | <input type="checkbox"/> IFSP (Plan de Servicios Familiares Individualizado) | <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿Su hijo/a esta recibiendo servicios subsidiados de cuidado infantil?   |   | ¿Su hijo/a es limitado en el idioma de ingles?                               |                               |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto si, en donde?   |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      |                               |
| Servicios requeridos: (marque todo lo que corresponda)  |   | <input type="checkbox"/> NO SERVICIOS REQUERIDOS                             |                               |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Pre escolar <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> De La Noche a la Mañana <input type="checkbox"/> Fines de Semana |   |  |                               |
| ¿Preferencias para el cuidado infantil?   |   |  |                               |
| Programa Preferido o Proveedor Preferido:   |   |  |                               |

| NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR   |   |  |                               |
|---|---|--|-------------------------------|
| Apellido  | Primer Nombre   | Fecha de nacimiento  |                               |
|   |   |  |                               |
| ¿Si hijo/a tiene necesidades especiales?  |   |  |                               |
| <input type="checkbox"/> No Necesidad Especiales  | <input type="checkbox"/> IEP (Programa Educativo Individualizado) | <input type="checkbox"/> IFSP (Plan de Servicios Familiares Individualizado) | <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿Su hijo/a esta recibiendo servicios subsidiados de cuidado infantil?   |   | ¿Su hijo/a es limitado en el idioma de ingles?                               |                               |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesto si, en donde?   |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      |                               |
| Servicios requeridos: (marque todo lo que corresponda)  |   | <input type="checkbox"/> NO SERVICIOS REQUERIDOS                             |                               |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Pre escolar <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> De La Noche a la Mañana <input type="checkbox"/> Fines de Semana |   |  |                               |
| ¿Preferencias para el cuidado infantil?   |   |  |                               |
| Programa Preferido o Proveedor Preferido:   |   |  |                               |

Por favor recuerde que esta es solo una aplicación de elegibilidad para cuidado de niños para DSFR, esta aplicación no le garantiza recibir los servicios subsidiados. Entiendo que la información siempre es necesaria para determinar mi elegibilidad para un programa de cuidado infantil subsidiado y será verificada antes de mi inscripción. Yo afirmo que esta información es correcta y verdadera.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor de regresar esta solicitud por correo, en persona o por fax:**



Davis Street Family Resource Center  
c/o APP Support  
3081 Teagarden Street  
San Leandro, CA 94577



Fax: (510) 483-4486  
ATTN: APP Support

| FOR OFFICE USE ONLY           |  |   |                             |
|-------------------------------|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAPP | <input type="checkbox"/> CSPP - Part Day | <input type="checkbox"/> Davis Street @ 1190      | <b>Rank Number</b><br>_____ |
| <input type="checkbox"/> C2AP | <input type="checkbox"/> CCTR            | <input type="checkbox"/> Davis Street @ Garfield  |                             |
| <input type="checkbox"/> C3AP |  | <input type="checkbox"/> Davis Street @ Jefferson |                             |
|                               |  | <input type="checkbox"/> Davis Street @ Roosevelt |                             |