

Coastside Children's Programs

Lista de Espera de Subsidios



PADRE/GUARDIÁN A

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Casa: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de Envió: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. Alternativo: _____ Tel. de Trabajo: _____

¿En cuál programa de CCP desea que su hijo asista? (circule) HMB El Granada Montara HMB-Preescolar Montara-Preescolar

Número de adultos en el hogar relacionados con los niños por sangre, matrimonio, o adopción: _____

Número de niños menores de 18 años: _____

Relación con el niño/a: _____ Estado Civil: _____

Lenguaje al escribir: Inglés Español Lenguaje al hablar: _____ Correo Electrónico: _____

Recibió CalWORKS/Welfare en los últimos 2 años: Sí No Si aplica, Fecha de terminación de CalWORKS: _____

Padres de Crianza & Guardianes Legales que no son padres – por favor proporcione el total de Cash Aid, manutención de niños, o cualquier otra cantidad que los niños reciban cada mes solamente; *No incluya sus ingresos personales.*

Ingresos antes de Impuestos y Deducciones (Al momento de inscribirse en un programa, deberá documentar sus ingresos.)

Ingresos de Trabajo: \$ _____ ¿Cada cuando recibe esta cantidad? _____ Horas por semana (si por hora): _____

Por favor escriba la cantidad mensual para los próximos tipos de ingresos en el espacio siguiente:

Discapacidad o Desempleo: \$ _____ Manutención de niños: \$ _____ Beneficios de Sobreviviente o Retiro: \$ _____

Cash Aid (CalWORKS/TANF): \$ _____ Manutención de pareja: \$ _____ Compensación de trabajo: \$ _____

Otro o sin ingresos (por favor declare la cantidad o describa su situación): _____

Razón por la que Necesita Cuidado (Por favor elija una)

Trabajando Código Postal del lugar de empleo: _____ Buscando activamente empleo Discapacitado

En programa académico/vocacional Nombre del colegio/programa: _____

Código Postal del colegio/programa: _____

Preescolar de desarrolló parcial Buscando Vivienda Permanente, indique el nombre del refugio: _____

PADRE/GUARDIÁN B

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. Alternativo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Relación con el niño/a: _____ Estado Civil: _____

Lenguaje al escribir: Inglés Español Lenguaje al hablar: _____ Correo Electrónico: _____

Recibió CalWORKS/Welfare en los últimos 2 años: Sí No Si aplica, Fecha de terminación de CalWORKS: _____

Ingresos antes de Impuestos y Deducciones (Al momento de inscribirse en un programa, deberá documentar sus ingresos.)

Ingresos de Trabajo: \$ _____ ¿Cada cuando recibe esta cantidad? _____ Horas por semana (si por hora): _____

Por favor escriba la cantidad mensual para los próximos tipos de ingresos en el espacio siguiente:

Discapacidad o Desempleo: \$ _____ Manutención de niños: \$ _____ Beneficios de Sobreviviente o Retiro: \$ _____

Cash Aid (CalWORKS/TANF): \$ _____ Manutención de pareja: \$ _____ Compensación de trabajo: \$ _____

Otro o sin ingresos (por favor declare la cantidad o describa su situación): _____

Razón por la que Necesita Cuidado (Por favor escoja una)

- Trabajando *Código Postal del lugar de empleo:* _____ Buscando activamente empleo Discapacitado
- En programa académico/vocacional *Nombre del colegio/programa:* _____
Código Postal del colegio/programa: _____
- Preescolar de desarrolló parcial Buscando Vivienda Permanente, indique el nombre del refugio: _____

INFORMACIÓN del NIÑO – Por favor complete para cada niño menor de 12 años en su hogar que necesita cuidado.

1er Niño *Nombre:* _____ *Apellido:* _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

- ¿Es un hijo/a adoptivo temporal? Sí No ¿Tiene un plan de IEP IFSP? Sí No
- ¿Está este niño en un programa subsidio de cuidado infantil? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿El niño tiene hermanos inscritos en un programa de cuidado subsidiado? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿Tiene el niño un caso con CPS o una referencia "En Riesgo" (Deben incluir documentación)? Sí No
- ¿Qué horario necesita? (Marque lo que aplique): Medio-Tiempo Tiempo-Completo **Días** (circule): L M Mi J V **Horas:** _____
-

2do Niño *Nombre:* _____ *Apellido:* _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

- ¿Es un hijo/a adoptivo temporal? Sí No ¿Tiene un plan de IEP IFSP? Sí No
- ¿Está este niño en un programa subsidio de cuidado infantil? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿El niño tiene hermanos inscritos en un programa de cuidado subsidiado? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿Tiene el niño un caso con CPS o una referencia "En Riesgo" (Deben incluir documentación)? Sí No
- ¿Qué horario necesita? (Marque lo que aplique): Medio-Tiempo Tiempo-Completo **Días** (circule): L M Mi J V **Horas:** _____
-

3er Niño *Nombre:* _____ *Apellido:* _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

- ¿Es un hijo/a adoptivo temporal? Sí No ¿Tiene un plan de IEP IFSP? Sí No
- ¿Está este niño en un programa subsidio de cuidado infantil? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿El niño tiene hermanos inscritos en un programa de cuidado subsidiado? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿Tiene el niño un caso con CPS o una referencia "En Riesgo" (Deben incluir documentación)? Sí No
- ¿Qué horario necesita? (Marque lo que aplique): Medio-Tiempo Tiempo-Completo **Días** (circule): L M Mi J V **Horas:** _____
-

4to Niño *Nombre:* _____ *Apellido:* _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

- ¿Es un hijo/a adoptivo temporal? Sí No ¿Tiene un plan de IEP IFSP? Sí No
- ¿Está este niño en un programa subsidio de cuidado infantil? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿El niño tiene hermanos inscritos en un programa de cuidado subsidiado? Sí No Si sí, nombre del programa: _____
- ¿Tiene el niño un caso con CPS o una referencia "En Riesgo" (Deben incluir documentación)? Sí No
- ¿Qué horario necesita? (Marque lo que aplique): Medio-Tiempo Tiempo-Completo **Días** (circule): L M Mi J V **Horas:** _____
-

Nombres de otros niños menores de 18 años que no necesitan cuidado:

Firma de Padre/Guardián

Fecha