

PADRE/GUARDIAN #1				
Primer Nombre		Apellido		Inicial
Teléfono del Hogar		Teléfono Alternativo	Teléfono del Trabajo	Fecha de Nacimiento
¿Relación con el hijo/a?	Estado Civil		Idioma Escrito Preferido	
¿Alguna vez recibió CalWORKs?	Ha recibido Diversión (Asistencia de una sola vez, dinero en efectivo para participantes de CalWORKs)		Si sí ¿En que fecha terminó la ayuda o el único pago recibido?	
Si / No	Si / No			

PADRE/GUARDIAN #2 (Solo indique la información del segundo padre si vive en el hogar)				
Primer Nombre		Apellido		Inicial
Teléfono Alternativo o Numero de Mensaje		Teléfono del Trabajo		Fecha de Nacimiento
¿Alguna vez recibió CalWORKs?	Ha recibido Diversión (Asistencia de una sola vez, dinero en efectivo para participantes de CalWORKs)		Si sí ¿En que fecha terminó la ayuda o el único pago recibido?	
Si / No	Si / No			

INFORMACION DEL HOGAR					
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Tamaño de la familia: *Numero de adultos e hijos relacionados por sangre, matrimonio o adopción*

RAZON POR LA CUAL NECESITA EL CUIDADO INFANTIL (Marque lo apropiado)			
		Padre/Guardian #1	Padre/Guardian #2
Esta Empleado	Código Postal del Empleo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta Entrenándose o Educándose	Código Postal de la Escuela/Entrenamiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta Discapacitado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta Buscando Empleo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona Sin Hogar/Esta Buscando Hogar Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando un Programa Pre escolar de Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador Migrante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INGRESO MENSUAL Y RECURSOS ECONOMICOS (Para cada Padre/Guardian en la Familia) Marque el total de dinero antes de impuestos y deducciones o dinero de otros recursos.		
INGRESO MENSUAL	Padre #1	Padre #2
Salario Mensual de Empleo/Dinero de Empleo por si mismo (antes de deducciones)	\$	\$
Ayuda en Efectivo (CalWORKs)	\$	\$
Manutención: Niño o Cónyuge	\$	\$
Beneficios de Desempleo	\$	\$
Compensación al trabajador (Worker's Compensation)	\$	\$
Beneficios de Discapacitado	\$	\$
Otro Ingreso (por favor explique):	\$	\$
<b>INGRESO MENSUAL EN TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>

**Su hijo/a tiene necesidades especiales?**

<input type="checkbox"/> No Necesidades 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?** **Limitado en el idioma de inglés**

<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)**

Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Pre escolar  Noches  De la Noche a la Mañana  Fines de Semana  No Servicios requeridos

**¿Preferencias para el cuidado infantil?**

Programa Preferido o Proveedor Preferido:	Preferencia deCodigo Postal:
---	------------------------------

**NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>

**Su hijo/a tiene necesidades especiales?**

<input type="checkbox"/> No Necesidades 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?** **Limitado en el idioma de inglés**

<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)**

Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Pre escolar  Noches  De la Noche a la Mañana  Fines de Semana  No Servicios requeridos

**¿Preferencias para el cuidado infantil?**

Programa Preferido o Proveedor Preferido:	Preferencia deCodigo Postal:
---	------------------------------

**NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>

**Su hijo/a tiene necesidades especiales?**

<input type="checkbox"/> No Necesidades 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?** **Limitado en el idioma de inglés**

<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)**

Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Pre escolar  Noches  De la Noche a la Mañana  Fines de Semana  No Servicios requeridos

**¿Preferencias para el cuidado infantil?**

Programa Preferido o Proveedor Preferido:	Preferencia deCodigo Postal:
---	------------------------------

\*Por favor recuerde que esta es solo una aplicación de la Lista de Elegibilidad Centralizada. Esta aplicación no le garantiza recibir los servicios subsidiados.

Yo declaro que esta información es correcta y verdadera y le doy permiso a las agencias participantes de la Lista de Elegibilidad Centralizada de todo el Condado de Alameda que compartan mi información.

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

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

**Porfavor de regresar esta aplicación por correo, por Fax o en persona:**

Alameda County CEL  
c/o BANANAS, Inc.  
5232 Claremont Ave.  
Oakland CA 94618

FAX: (510) 658-8354