

Solicitud para el Programa de Asociación de Familias de PACCC

Ciudad de Palo Alto

Departamento de Educación de California

Por el Subsidio para Cuidado en Palo Alto Community Child Care

3990 Ventura Court, Palo Alto CA 94306 P (650) 493-2361 F (650) 493-0936

Letra de Molde

PRIMER PADRE

Relación con el niño/a: Padre Abuelo Padre Substituto Guardián Legal Otro:

Fecha: Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento:

Dirección: Apartamento/Unidad: Condado:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: () Celular: () Trabajo: ()

Correo electrónico: Idioma: Grupo Etnico:

Tamaño de familia (padres y niños en casa): Preferencia de Códigos: (1) (2) (3) (4) (5)

SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

Nombre y apellido:

Fecha de Nacimiento: Celular: () Trabajo: ()

Correo electrónico: Idioma: Grupo Etnico:

INFORMACIÓN DE FAMILIA

Características (Marque al cual aplique): Referencia del Servicio de Protección Infantil Padre Adolescente Trabajador Inmigrante Temporal Otro:

Es Usted (Marque uno): Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Es Usted (Marque al cual aplique): Persona sin hogar En un refugio Ninguno

Es usted estudiante? Si No Si es sí, Poner el nombre de la escuela: Preparatoria Colegio Universidad

RAZÓN POR CUAL NECESITA EL CUIDADO

PRIMER PADRE

- Empleado (Código postal del trabajo: _____)
- Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)
- Buscando Trabajo
- Incapacidad Medica
- Medio tiempo de Preescolar (3 horas)

SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

- Empleado (Código postal del trabajo: _____)
- Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)
- Buscando Trabajo
- Incapacidad Medica
- Medio tiempo de Preescolar (3 horas)

INGRESO MENSUAL: PRIMER PADRE

Ingreso Mensual Antes de Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 1º y 15 del Mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Manutención Infantil (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	Otro Tipo de Ingreso: _____
Horas & Salario Horas por semana _____ \$ Por hora _____					

INGRESO MENSUAL: SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

Ingreso Mensual Antes de Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 1º y 15 del Mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Manutención Infantil (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	Otro Tipo de Ingreso: _____
Horas & Salario Horas por semana _____ \$ Por hora _____					

EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Esta usted actualmente recibiendo cuidado infantil/asistencia preescolar para sus niños? Si No

Si es sí, Nombre del programa: _____

A recibido asistencia monetaria para usted y los niños (Welfare/TANF/AFDC) durante los últimos dos años? Si No

Si es sí y a parado de recibir, Numero de Caso: _____

Esta usted recientemente participando en CalWORKs? Si No

NIÑO 1

Nombre:	Escuela:	Distrito Escolar:
Fecha de Nacimiento:	Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Explique:
Horario requerido: <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo		
Nombre de Centro o Preescolar Preferido:		Programa:
Tipo de preferencia del cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia		
Recientemente Enrolado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>		Razón por la cual esta re-aplicando:

NIÑO 2

Nombre:	Escuela:	Distrito Escolar:
Fecha de Nacimiento:	Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Explique:
Horario Requerido: <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo		
Nombre de Centro o Preescolar Preferido:		Programa:
Tipo de preferencia del cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia		
Recientemente Enrolado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>		Razón por la cual esta re-aplicando:

NIÑO 3

Nombre:	Escuela:	Distrito Escolar:
Fecha de Nacimiento:	Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Explique:
Horario Requerido: <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo		
Nombre de Centro o Preescolar Preferido:		Programa:
Tipo de preferencia del cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia		
Recientemente Enrolado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>		Razón por la cual esta re-aplicando:

NIÑO 4

Nombre:	Escuela:	Distrito Escolar:
Fecha de Nacimiento:	Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Explique:
Horario Requerido: <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo		
Nombre de Centro o Preescolar Preferido:		Programa:
Tipo de preferencia del cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia		
Recientemente Enrolado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>		Razón por la cual esta re-aplicando:

Liste los NIÑOS que NO NECESITAN Cuidado o Preescolar

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Esta en algún programa:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Esta en algún programa:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Esta en algún programa:

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION

Al firmar esta solicitud, reconoce y otorga el permiso para que su solicitud sea compartida con las agencias participantes.

- Declaro que, a mi entender, la información anterior es completa y verdadera.
- Comprendo que mi elegibilidad se basara en la información que proporcioné aquí y que se exigirá la documentación requerida antes del la inscripción.
- Con el fin de mantenerme activo/a en la lista de espera, debo informar de inmediato al PACCC de cualquier cambio de mi dirección, numero de teléfono o ingreso.
- Esta aplicación es valida por tres meses, sin embargo yo entiendo que si después de tres meses no actualizo mi información, mi nombre será borrado de la lista de elegibilidad.

Firma: _____ Fecha: _____