

Condado de Shasta Aplicación de Lista de Elegibilidad de Centralized Para Cuidado de los Niños Subvencionado

Number del padre: _____		Telefono de casa: () _____	
Telefono del mensaje: () _____	Trabajo: () _____	Dirección que envía: _____	
Ciudad: _____	Código postal : _____	Fecha del nacimiento: _____	SS#: _____
Círculo uno que se aplica: Casado Solo Divorciado Separado		Tamaño de la familia: _____ (padres y niños legales debajo de 18)	¿Está usted bajo 18 años de la edad? Sí No
Si en el hogar , Nombre del padre numero dos: _____		Telefono del mensaje: () _____	
Trabajo: () _____		Fecha del nacimiento: _____	SS#: _____
Círculo uno que se aplica: Casado Solo Divorciado Separado			

Hay un niño enumerado que esté recibiendo ¿Servicios del niño y de la familia? Sí No ¿Si sí, que niño/nios?	¿ Usted está recibiendo actualmente el otro cuidado de niño subvencionado? Sí No
¿Es usted un padre adoptivo o el guarda? Sí No	Tiene usted el efectivo recibido Aid/AFDC en California ¿en los 2 años pasados? Sí No
¿Es usted sin hogar? Sí No	¿Si sí, que condado?

Le considerarán automáticamente para TODOS LOS programas que se apliquen a la edad de su niño; sin embargo, usted puede indicar sus preferencias.

<p>Programa alternativo del pago de SCOE 0-13 años, Tiempo/días varían, USTED eligen su proveedora</p> <p>Pre-entrenamientos Todo el día de SCOE 18 months-5 años, 7:30 - 6 de la tarde, Especifique locacionez: _____</p> <p>Pre-entrenamientos parte del día 3-5 añoS - 3.5 horas por el día Especifique las locacionez: _____</p> <p>Otros pre-entrenamientos parte del día</p> <p>Círculo preferencias: Bella Vista Pre-entrenamiento Black Butte Pre-entrenamiento Cascade Union School Distric Pre-entrenamientos (Anderson Heights/Verde Vale/Meadow Lane) Castle Rock School District Pre-entrenamiento Enterprise Pre-entrenamiento (Alta Mesa/Boulder Creek/Rother/Shasta Meadows)</p>	<p>Cuidado de niño de la familia de la ventaja de Shasta Head Start 0-5 años, Tiempo/días varían</p> <p>Programas Comunidad de escuelas del cuidado de niño SCOE 5-12 años 12:00 - 6 de la tarde Lunes –Viernes 7:30 – 6 de la tarde días que no hay escuela</p> <p>Localizaciones preferidas círculo: Anderson, Central Valley y Lassenview</p> <p>*El niño DEBE está atendiendo a una de las escuelas siguientes para participar en el programa School-Age de SCOE: Anderson, Lassenview, Grand Oaks, Meadow Lane, Shasta Lake, or Verde Vale _____</p> <p>PACEAPP (Asociación profesional para la educación de la niñez Programa alternativo del pago) 0-13 años, Tiempo/días varían, USTED eligen su proveedora</p>
--	--

¿Cuáles son sus necesidades del cuidado de niño? Compruebe todo el que aplíquese:
 Todo el tiempo Medio tiempo Tarde Sabado/Domingo Variable Durante la noche

La aplicacion continua en lado trasero de esta hoja

Enumere los códigos postales que usted prefiere tener servicios del cuidado de niño en:

Quisiera la información/la ayuda sobre otros recursos. El círculo especifica sus necesidades.

(El desarrollo del niño/Crianza de los hijos, salud, aconsejando, ayuda de TANF/Cash, alimento seguro médico estampa, las remisiones del cuidado de niño, etc.)

Otro: _____

Niños que requieren cuidado de niño: (ate la hoja para niños adicionales de ser necesario)

Nombre:	Apellido:	Fecha del nacimiento	¿Necesidades especiales? Sí No
Nombre:	Apellido:	Fecha del nacimiento	¿Necesidades especiales? Sí No
Nombre:	Apellido:	Fecha del nacimiento	¿Necesidades especiales? Sí No

Compruebe

todo el que

aplique:

	Madre	Padre	Guarda legal	Padre adoptivo	Introduzca el código postal aquí
Empleado actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guarda A <input type="checkbox"/> Guarda B <input type="checkbox"/>	Padre A <input type="checkbox"/> Padre B <input type="checkbox"/>	
Empleo que busca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guarda A <input type="checkbox"/> Guarda B <input type="checkbox"/>	Padre A <input type="checkbox"/> Padre B <input type="checkbox"/>	[[XXXXXXXXXX]]
Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guarda A <input type="checkbox"/> Guarda B <input type="checkbox"/>	Padre A <input type="checkbox"/> Padre B <input type="checkbox"/>	
Incapacidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guarda A <input type="checkbox"/> Guarda B <input type="checkbox"/>	Padre A <input type="checkbox"/> Padre B <input type="checkbox"/>	[[XXXXXXXXXX]]

Ingresos de la familia:

Ganancias antes de impuestos	\$ _____
Otra ingreso (Enumere por favor los ingresos que incluye pero no limitada a la ayuda de niño, a la inhabilidad, al desempleo, TANF, cuidado Foster)	Fuente de \$ _____ : _____ Fuente de \$ _____ : _____ Fuente de \$ _____ : _____ Fuente de \$ _____ : _____
Ingresos mensual gruesa total (antes de impuestos y de deducciones)	\$ _____
Si USTED PAGA la ayuda de niño o los alimentos, enumera por favor la cantidad mensual	\$ - (_____)

Firmando abajo, reconozco y concedo el permiso para que mi información sea compartida entre las agencias de colaboración para los propósitos de utilizar la lista centralizada de la elegibilidad y de proporcionar servicios del cuidado de niño. Lanzo estas agencias de cualquier responsabilidad.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Mala la aplicacion: 2400 Washington St. Suite 100, Redding, CA 96001 O fax: 530 225-2963

¿Preguntas? Llamada 530-225-0311 o 225-2999

Estimado padre,

Su uso para el cuidado de niño subvencionado se ha recibido y usted para resolver los requisitos para ser elegible para la ayuda del cuidado de niño. Desafortunadamente, en este tiempo no podemos asistirle en pagar sus necesidades del cuidado de niño debido al financiamiento limitado.

Le han agregado a la lista centralizada de la elegibilidad (CEL), que significa que usted ahora tiene acceso a la mayoría de los programas subvencionados del cuidado de niño en el condado de Shasta, pero que puede esperar servicios. Las agencias se requieren ofrecer la inscripción a la familia más baja de la renta primero. Una agencia puede entrarle en contacto con cuando tienen aberturas y usted es una de las familias más bajas de la renta a la hora de la abertura. Su renta y tamaño mensuales gruesos totales de la familia determinarán su lugar en la lista de la elegibilidad. Es importante estar enterado que esta lista no trabaja como una lista que espera, donde usted asignan un número, simplemente la espera y “se levanta” en la lista que se servirá eventual.

Cómo el CEL trabaja: Cuando tenemos aberturas disponibles y financiamiento, nos requieren alistar a familias en un programa que comienza en la renta más baja y que continúa para arriba en renta hasta que todas las aberturas son llenas y se agota el financiamiento. Desafortunadamente, no es posible saber cuándo usted puede ser que reciba ayuda porque donde usted está en la lista de la elegibilidad puede cambiar el diario mientras que se agregan o se quitan los nuevos usos. También, no es posible predecir cuando una agencia puede tener una abertura. No hay garantía que usted recibirá ayuda porque no hay tanto dinero en subsidios como necesitado por las familias elegibles.

Usted DEBE hacer el siguiente o le quitarán del CEL:

1. **Éntreme en contacto con si hay cambios a su uso** (por ejemplo cambios de número de teléfono, la dirección, la renta, tamaño de la familia, recibiendo/o terminado la ayuda de CalWORK's, la necesidad del cuidado, o un nuevo niño necesita cuidado)
2. **Éntreme en contacto con para poner al día su uso cada 6 meses.** Le enviaré una letra de recordatorio para hacer esto.
3. **Responda a cualquier agencia que le llama a la inscripción de la oferta.** Aunque usted no está interesado en su programa/sitio particulares, usted debe responder; si no, asumiremos que usted está necesitando no más cuidado de niño.

Éntreme en contacto con por favor si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones. Puedo también asistirle si usted quisiera otros recursos, más información sobre encontrar cuidado de niño de la alta calidad, o remisiones del cuidado de niño de la necesidad (los nombres y los números de teléfono de los programas licenciados locales del cuidado de niño). Gracias por su uso.

Sinceramente,

Sue Steven
Early Childhood Services
(530) 225-0311