

# LISTA CENTRALIZADA DE ELEGIBILIDAD DEL CONDADO DE SONOMA

## FORMULARIO DE APLICACION

**Por favor envíe la aplicación completa a:**  
**Sonoma CEL, 4Cs of Sonoma County, 396 Tesconi Court, Santa Rosa, CA 95401**  
**Teléfono:(707) 544-3077 Fax: 544-2625 www.sonoma-cel.org**  
**O envíela a cualquier agencia participante**

### 1. INFORMACION FAMILIAR

|   |         |  |              |
|---|---------|--|--------------|
| <b>Padre/Madre/Guardián A:</b>  | Nombre: | Apellido:  | Hombre/Mujer |
| <b>Padre/Madre/Guardián B:</b>  | Nombre: | Apellido:  | Hombre/Mujer |
| Padre/Madre Soltero/a?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |         | Es cualquiera de los padres menor de 19 años?<br>Si sí, cual de los padres: A / B Fecha de Nacimiento: / / |              |

### 2. RAZON PARA BUSCAR CUIDADO

| Padre/Madre/Guardián A (marque todo lo que aplique)  | Padre/Madre/Guardián B (marque todo lo que aplique)  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajando<br>Horas que trabaja por semana:<br>Zona Postal de su Trabajo:   | <input type="checkbox"/> Trabajando<br>Horas que trabaja por semana:<br>Zona Postal de su Trabajo:   |
| <input type="checkbox"/> Estudiando/Entrenamiento<br>Nombre y Zona Postal de la Escuela:   | <input type="checkbox"/> Estudiando/Entrenamiento<br>Nombre y Zona Postal de la Escuela:   |
| <input type="checkbox"/> Buscando Empleo Activamente   | <input type="checkbox"/> Buscando Empleo Activamente   |
| <input type="checkbox"/> Desamparado/a   | <input type="checkbox"/> Desamparado/a   |
| <input type="checkbox"/> Incapacitado/a  | <input type="checkbox"/> Incapacitado/a  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Niño/En riesgo<br><br>Nombre del Niño/a referido/a:<br><br>Nombre de la Agencia:<br><br>Nombre y Número de Teléfono del/a Trabajador/a del Caso: | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Niño/En riesgo<br><br>Nombre del Niño/a referido/a:<br><br>Nombre de la Agencia:<br><br>Nombre y Número de Teléfono del/a Trabajador/a del Caso: |

### 3. ELIGIBILIDAD POR INGRESOS

Antes de poder matricular a su hijo/a, se le pedirán talones de cheques y reporte de impuestos, para verificar su ingreso. **Por favor revise sus talones para saber su ingreso BRUTO, antes de pagar impuestos y antes de deducciones de salario.**

| Tipo de Ingreso<br>(Marque todo lo que aplique) | PADRE/MADRE A   | PADRE/MADRE B   | TOTAL           |
|---|---|-----------------|-----------------|
| Empleo  | \$ _____  | \$ _____        | \$ _____        |
| "Child Support"                                 | \$ _____  | \$ _____        | \$ _____        |
| Programas Federales "Cash Aid"                  | \$ _____  | \$ _____        | \$ _____        |
| Otro Ingreso                                    | \$ _____  | \$ _____        | \$ _____        |
| <b>Ingreso Bruto Mensual Total</b>              | <b>\$ _____</b>   | <b>\$ _____</b> | <b>\$ _____</b> |
| <b>Tamaño de la Familia _____</b>               | Ha recibido usted "cash aid" (TANF) durante los pasados 24 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                 |                 |

#### 4. INFORMACION DE CONTACTO

**Idioma de Contacto** (por correo):  Inglés  Español  Otro, Especifique:

#### Dirección Postal

Dirección de su casa:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

**Otra Información de Contacto**  Trabajo  Escuela  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Dirección:

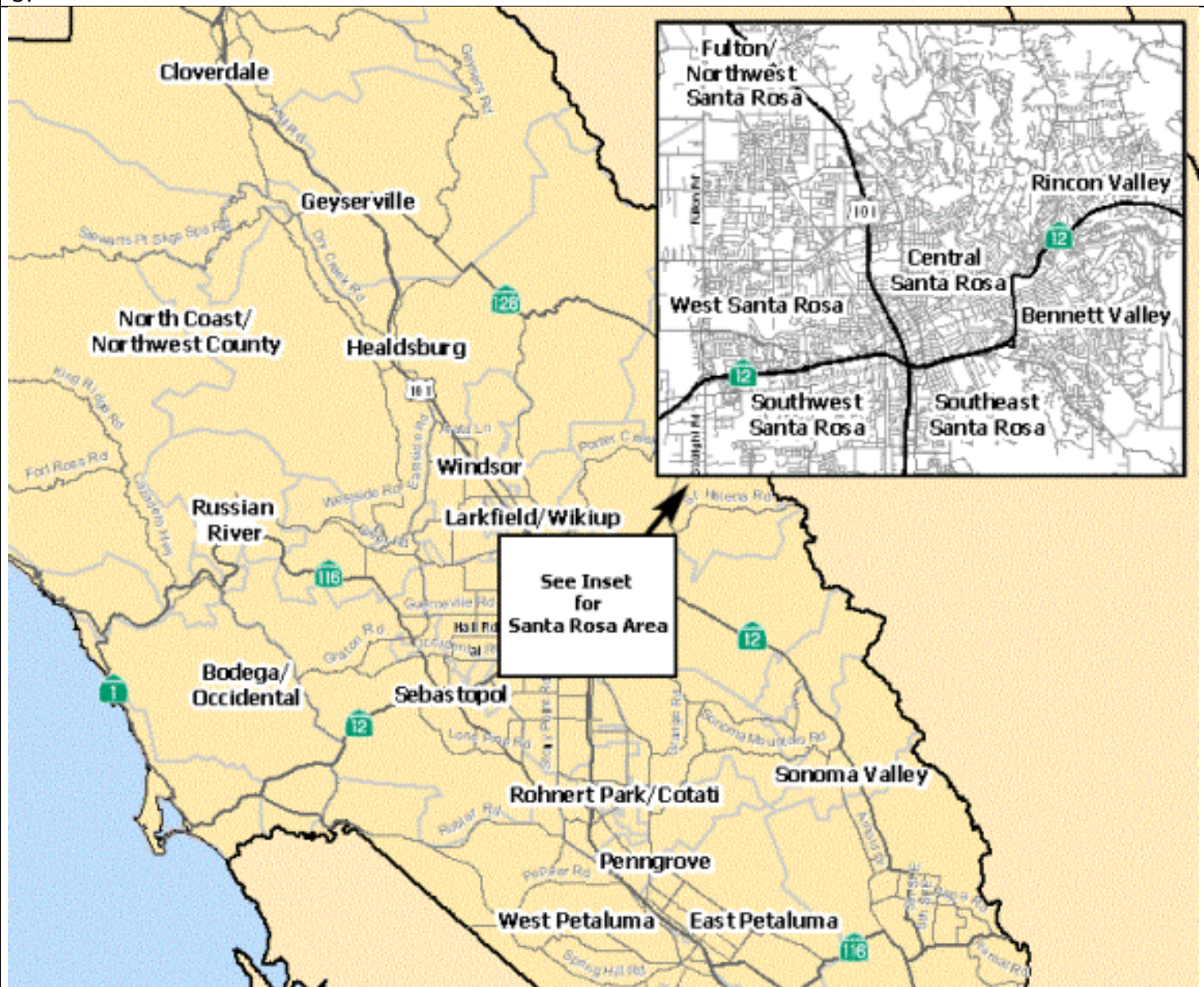
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

#### 5. PREFERENCIAS DE VECINDARIO—MUY IMPORTANTES!!!

Por favor liste de uno a tres vecindarios que sean convenientes para usted (del mapa de abajo) donde a usted le gustaría el cuidado de niños o pre-escolar. **Usted debe escoger al menos un vecindario.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



| 6. INFORMACION DEL NIÑO/A  |              |           |
|--|--------------|-----------|
| POR FAVOR LISTE SOLAMENTE LOS NIÑOS QUE NECESITAN SUBSIDIOS Y/O CUIDADO  |              |           |
| <b>PRIMER NIÑO/A</b>   |              |           |
| Nombre:  | Inicial:     | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):     /     /  | Hombre/Mujer |           |
| <b>Nombre de la Escuela*</b> (Si es de edad escolar) _____   |              |           |
| Hijo/a "Foster"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |              |           |
| Horario de Cuidado que se Necesita: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Variable            |              |           |
| Necesidades Especiales: <input type="checkbox"/> No Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Necesidades Excepcionales* <input type="checkbox"/> Severamente Discapacitado**<br>(Vea la s definiciones al final de ésta página) |              |           |
| Programas que prefiere para éste niño/a para cuiado/pre escolar (opcional):  |              |           |
| 1. _____   | 2. _____     | 3. _____  |
| <b>SEGUNDO NIÑO/A</b>  |              |           |
| Nombre:  | Inicial:     | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):     /     /  | Hombre/Mujer |           |
| <b>Nombre de la Escuela*</b> (Si es de edad escolar) _____   |              |           |
| Hijo/a "Foster"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |              |           |
| Horario de Cuidado que se Necesita: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Variable            |              |           |
| Necesidades Especiales: <input type="checkbox"/> No Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Necesidades Excepcionales* <input type="checkbox"/> Severamente Discapacitado**  |              |           |
| Programas que prefiere para éste niño/a para cuiado/pre escolar (opcional):  |              |           |
| 1. _____   | 2. _____     | 3. _____  |
| <b>TERCER NIÑO/A</b>   |              |           |
| Nombre:  | Inicial:     | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):     /     /  | Hombre/Mujer |           |
| <b>Nombre de la Escuela*</b> (Si es de edad escolar) _____   |              |           |
| Hijo/a "Foster"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |              |           |
| Horario de Cuidado que se Necesita: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Variable            |              |           |
| Necesidades Especiales: <input type="checkbox"/> No Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Necesidades Excepcionales* <input type="checkbox"/> Severamente Discapacitado**  |              |           |
| Programas que prefiere para éste niño/a para cuiado/pre escolar (opcional):  |              |           |
| 1. _____   | 2. _____     | 3. _____  |
| <b>Algunos de éstos niños están actualmente matriculados en un programa subvencionado?</b><br><b>Si sí, por favor dé el nombre del niño/a y el nombre del programa:</b>  |              |           |
|  |              |           |

**\*Algunas escuelas tienen programas para antes y después de la escuela con fondos del estado. Usted DEBE especificar el nombre de la escuela para su hijo/a, para ser elegible para ésos servicios.**

~ PARA NIÑOS ADICIONALES, POR FAVOR ADJUNTE OTRA PAGINA ~

|   |        |
|---|--------|
| <b>7. Firma: Certifico bajo penalidad de perjurio, que la información que he dado es verdadera, correcta y de mi conocimiento. Sé, que tendré que verificar la información, si mi hijo/a es matriculado/a en un programa subvencionado:</b> |        |
| Firma del Padre/Madre/Guardián A:   | Fecha: |
|   |        |

**DEFINICIONES DE NECESIDADES ESPECIALES:**

**\*Necesidades Excepcionales:** El niño/a está participando en un Programa de los Servicios de "California Early Intervention" con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), o está en educación especial con un Plan de Educación Individualizado (IEP)

**\*\*Severamente Discapacitado:** El niño/a es autista, ciego, sordo, tiene incapacidades ortopédicas severas, problemas emocionales severos o discapacidad severa, del desarrollo.