



Aplicación para la Lista de Elegibilidad para el Cuidado de Niños (CEL) de Changing Tides Family Services

La Lista de Elegibilidad para el Cuidado de Niños (CEL) de Changing Tides Family Services es una lista de familias que necesitan asistencia con el pago del cuidado de niños de uno de los programas de subsidio. Estos programas están financiados por el Departamento de Servicios Sociales de California e incluyen Pago Alternativo y la Red de Educación en Hogares de Cuidado Infantil Familiar. La información sobre los tipos de proveedores que pueden recibir reembolsos de subsidios está disponible en nuestro sitio web www.changingtidesfs.org . Una vez recibida, esta solicitud no garantiza servicios para su familia. Se le notificará sobre las vacantes en el programa por teléfono, mensaje de texto o postal y los pasos para inscribirse. Si no tiene noticias nuestras sobre vacantes, regístrese cada 6 meses para permanecer en la lista. Para obtener información sobre otros programas en el área, comuníquese con Servicios de Recursos y Referencias al 707-444-8293 o al 800-795-3554.

Envíe su solicitud completada a: Changing Tides Family Services 2379 Myrtle Avenue, Eureka, CA 95501 Fax 707-444-8298

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del padre o tutor legal: Apellido, Nombre, Medio nombre
Fecha de nacimiento
Dirección del Hogar: Ciudad, Estado, Código Postal
Mailing Address (if different): Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono de casa, Teléfono celular/mensajes, Correo electrónico

Doy permiso para enviar mensajes de texto relacionados con esta aplicación: Si No

¿Es usted el padre de uno o más de los niños? Si No

¿Es usted el abuelo o tutor legal de uno o más de los niños? Si No

¿El segundo padre/cuidador de al menos uno de los niños vive en el hogar? Si No En caso afirmativo, también se debe completar la sección II y III B.

Si no es el padre/tutor legal de los niños, ¿cuál es su relación con la familia?

II. INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE/CUIDADOR

COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI EL SEGUNDO PADRE/CUIDADOR ACTUALMENTE VIVE EN EL HOGAR.

Nombre del segundo padre o cuidador: Apellido, Nombre, Medio nombre
Fecha de nacimiento
Teléfono celular/para mensajes, Correo electrónico

III. NECESIDAD DE CUIDADO – ACTIVIDAD

¿La familia está sin hogar? Si No

¿Necesita información sobre cómo acceder a MediCAL? Si No

¿Fue referido por los Servicios de Protección Infantil? Si No (Un trabajador de CPS puede derivar a niños que reciben servicios de CPS y requieren cuidado infantil como parte de un plan de caso abierto de CPS.)

¿Fue referido por un profesional con licencia del estado como en riesgo? Si No

¿Por qué necesita servicios? (marque todo lo que corresponda)

Solicitante: Trabajando Escuela/Entrenamiento En busca de un trabajo Incapacidad médica Buscando vivienda permanente

CPS/en riesgo

Segundo padre: Trabajando Escuela/Entrenamiento En busca de un trabajo Incapacidad médica Buscando vivienda permanente

CPS/en riesgo

A. Complete esta sección para padre/tutor legal:

Información de empleo del solicitante (si está trabajando actualmente)

Table with 3 columns: Field, Empleador #1, Empleador #2. Rows include: Nombre del empleador, Código postal del empleador, Teléfono/ext., Número de horas trabajadas por semana, Tasa de pago por hora, Ingreso Bruto Mensual, (incluyendo propinas y comisiones).

Información de la escuela/capacitación del solicitante (si actualmente asiste a la escuela/capacitación)

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Objetivo educativo:	_____	_____
Unidades Totales este Semestre/Trimestre:	_____	_____
Fecha de finalización prevista (temporada/año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad por semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad por semana:	_____	_____

B. Complete esta sección si el segundo padre/cuidador vive en el hogar:

Información de empleo del segundo padre/cuidador (si trabaja actualmente)

	Empleador #1	Empleador #2
Nombre del empleador:	_____	_____
Código postal del empleador:	_____	_____
Teléfono/Ext.:	_____	_____
Número de horas trabajadas por semana:	_____ Por Semana	_____ Por Semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
Ingreso Bruto Mensual	\$ _____	\$ _____

Información sobre la escuela/capacitación del segundo padre/cuidador (si actualmente asiste a la escuela/capacitación)

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Objetivo educativo:	_____	_____
Unidades Totales este Semestre/Trimestre:	_____	_____
Fecha de finalización prevista (temporada/año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad por semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad por semana:	_____	_____

IV. ELEGIBILIDAD e INFORMACIÓN DE INGRESOS

¿Está usted (o un miembro de la familia que vive en su hogar) recibiendo actualmente uno o más de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

- CalFresh
 MediCal
 Programa de Asistencia Alimentaria de CA
 Programa Especial de Nutrición Suplementaria (WIC) de CA
 Programa Federal de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas
 Head Start
 Early Head Start

¿Recibe actualmente asistencia monetaria de CalWORKs del Departamento de Bienestar Social del Condado o del DHHS? Yes No

(En caso afirmativo, ingrese la cantidad recibida el mes pasado en la sección de Ayuda en Efectivo del Condado a continuación)

¿Ha recibido CalWORKs Cash Aid en California en los últimos 2 años solo para los padres adultos o la familia?

(Por favor marque No, si recibe/de Tribal TANF) Yes No

En caso afirmativo, ¿de qué condado de CA? _____ Fecha en que terminó la asistencia monetaria _____

Si recibe Tribal TANF, ingrese la cantidad a continuación en "Otro". Si recibe Child Only Cash Aid del condado, ingrese la cantidad a continuación en "Solo niño". **Ingrese su ingreso mensual antes de impuestos de todas las fuentes. Tenga en cuenta que todos los ingresos requerirán verificación antes de la inscripción.**

Ingresos Regulares		Otros Ingresos Familiares	
	Solicitante	Segundo padre/madre	
Auto-empleo	\$	\$	Asistencia monetaria del condado (solo para niños) \$
SSA (padre)	\$	\$	Asistencia en Efectivo del Condado (Adulto/Familia) \$
SSI/SSP (padre)	\$	\$	Manutención infantil recibida \$
Manutención conyugal recibida	\$	\$	SSA (niño) \$
Desempleo	\$	\$	SSI/SSP (niño) \$
Otro	\$	\$	Otro (TANF tribal, etc.) \$
Ajustes de Ingresos			
Manutención infantil pagada	\$		

INFORMACIÓN DEL NIÑO(S) (continuado)

Nombre _____	Apellido _____	Primer Nombre _____	Nombre Medio _____
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Fecha de nacimiento _____	Necesidades Especiales?	
<input type="checkbox"/> IEP or IFSP <input type="checkbox"/> Sin necesidades especiales			
Relación con el padre? <input type="checkbox"/> Natural/Adoptivo/Hijastro	<input type="checkbox"/> Hijo/hija de acogida	<input type="checkbox"/> Tutela	<input type="checkbox"/> Nieto
Actualmente inscrito en cuidado infantil subsidiado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si sí donde? _____		
¿Este niño asiste a la escuela primaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Si sí donde? Distrito: _____	Escuela: _____		
Servicios necesarios (marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Preescolar	<input type="checkbox"/> Antes/Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de Semana
<input type="checkbox"/> No se necesitan servicios			
Lugar de cuidado infantil Código postal Preferencia(s) _____			

Nombre del proveedor de cuidado infantil actual: _____ No tengo un proveedor actual y necesito referencias: Si No

Recuerde que esta es solo una solicitud para la Lista de Elegibilidad de Cuidado Infantil para cuidado infantil subsidiado. Esta aplicación no garantiza que recibirá servicios. Si usa cuidado infantil, usted es responsable del costo del cuidado hasta que se complete una cita de inscripción en persona y se le emita un Aviso de Acción de aprobación. Las cuotas familiares vencidas de un período de servicio anterior deben pagarse en su totalidad antes de una nueva inscripción.

Debe actualizar la información de su familia al menos una vez cada seis meses para permanecer activo en la Lista de Elegibilidad para el cuidado infantil.

VI. CERTIFICACIÓN

Entiendo que la información proporcionada es necesaria para determinar mi elegibilidad para un programa de cuidado infantil subsidiado de Changing Tides Family Services y se verificará antes de mi inscripción. Afirmo que esta información es correcta.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____