

Por favor no regrese esta carta. Por favor Conserve por su archivo.

Estimado Pare/Tutor:

Esta Carta confirma que hemos recibido su solicitud para ser anadido a la lista de eligibilidad del Centro de Recursos de Cuidao Infantil para los programas de cuidado infantile subsidiado.

Ahora que su informacion ha sido ingresada, es importante mantener la informacion actualizada y correcta pare que podemos contactar con usted en caso de vacante en uno de nuestros programas subsiadados.

Para actualizar su informacion, puede llamar la oficina mas cerca a usted

- San Fernando Valleys (818)717-1000 ext. 4478
- Antelope Valley (661)789-1200 ext. 4479
- San Bernardino County (909)890-0018 ext. 2092
- Victorville/Eastern San Bernardino County (760)345-0770 ext. 3995

La Lista de Elegibilidad es una lista de familias que necesitan cuidado infantile subsidario y quienes cumplen con los requisitos de eligibilidad establecida por el Departamento de Educación de California (CDE).

1. ¿Cómo sabré si mis niños son elegibles para el cuidado infantil subsidiario? La aplicación de la Lista de Elegibilidad pedirá información sobre sus necesidades para cuidado infantil, sus ingresos, y el tamaño de su familia. Esta información es usada para determinar su elegibilidad para registrarlo en la Lista de Elegibilidad para cuidado infantil subsidiario. Esto confirma solo su registración, No significa que recibirá los servicios.

Estar en la Lista de Elegibilidad no garantiza que su niño será inscrito en cuidado subsidiario.

2. ¿Después que mi familia esté registrada en la Lista de Elegibilidad, cuánto tiempo tomará para que mi niño sea inscrito en cuidado infantil subsidiario?

Desafortunadamente no podemos anticipar cuándo habrá cupo o cuánto tiempo estará en la Lista de elegibilidad. Esto es por varios factores:

- Los fondos son limitados y los espacios en los programas ocurren raramente.
- Su lugar en la Lista de Elegibilidad cambia conforme la información familiar cambia y otras familias son agregadas o borradas de la lista. La lista no es basada en cuánto tiempo tenga usted en ella.
- Ser llamado para la ayuda depende donde el cupo ocurre y el tipo de programa. Por ejemplo, su niño de 6 años no será llamado para un cupo pre-escolar.

 Algunas familias tienen un prioridades más alto que otras. Por ejemplo, una familia con ingresos bajos puede ser llamada antes que usted; o una familia con un niño ya en un programa subsidiario sera llamada primero si el hermano/a está en espera de cuidado.

3. ¿Cómo sabré cuándo habrá cupo disponible para mi niño?

CCRC ú otro programa de cuidado infantil lo contactará usando la información proporcionada por usted al registrarse en la Lista de Elegibilidad. Los programas necesitan llenar los cupos inmediatamente. Al tiempo que sea contactado tendrá que verificar su información. Se hará una cita para inscribir a su niño. Usted tendrá que traer los documentos para verificar su ingreso, situación de empleo, etc.

4. ¿Y si no deseo el tipo de cuidado infantil ofrecido por el programa la Lista de Elegibilidad que me ha contactado?

Si usted es contactado por otro tipo de programa que no reúna sus necesidades, no necesita inscribirse. Su expediente familiar se mantendrá en la Lista de Elegibilidad, para que otros programas puedan contactarlo cuando tengan cupo. Sin embargo, si después de varias veces de contactarlo, usted continúa rehusándose a inscribirse, posiblemente será removido de la Lista de Elegibilidad.

5. ¿Puedo solicitar cuidado de un programa o guardería en particular?

Sí. Cuando se registre en la Lista de Elegibilidad, puede preguntar por un programa en particular (guardería / sitio) para su niño. Sin embargo, si su familia no está en el prioridad más, usted no será contactado primero.

6. ¿Después que mi familia esté registrada en la Lista de Elegibilidad, debo llamar para preguntar acerca de cupos?

No es necesario. Sin embargo, si alguna de su información cambia, entonces inmediatamente notifique al programa donde está registrado para que puedan actualizar su expediente en la Lista de Elegibilidad. Cambios incluyen:

- Aumento o disminución de ingresos,
- Cambio de nombre, dirección, o teléfono,
- Cambio de personas en su familia,
- Cambio de empleo, actividad escolar; o
- Recién nacido o cambios en sus necesidad de cuidado infantil.

Usted puede actualizar su información por teléfono, o personalmente.

Sinceramente,

Family Assessment and Orientation Unit



| Fecha de Aplicación | |
|---------------------|--|
|---------------------|--|

| Información de Contacto: | | | | Fecha de |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del padre/guardián #1 Nombre: | In | icial del 2do nombre | Apellido_ | Nacimiento/ |
| Domicilio | Apt. # | Ciudad | | Código Postal Condado |
| Teléfono-en casa- () | _ Teléfono-del celular ú | otro () | Idiom | a primario |
| Nombre de Empleador/Escuela: | | Código Postal de Traba | ijo/Escuela | Teléfono de trabajo/escuela () |
| Nombre del padre/guardián #2 Nombre: | Inic | ial del 2do nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento// |
| Nombre de Empleador/Escuela: | | Código Postal de Trab | oajo/Escuela | Teléfono de trabajo/escuela () |
| #1 Seleccionar todos los días que atiendo | e: L M M J V S D (ho | orario) De: | Hasta: | |
| #2 Seleccionar todos los días que atiendo Necesidad de Cuidado Infantil: (por fav | | | Hasta: | Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres |
| Padre /guardián u otros adultos en casa | | e corresponda para c | <u>aua</u> | |
| Trabajando Inca Padre/Guardián #1 Padre/Guardián #2 | Médicamente apacitado/Discapacitado □ | Buscando Trabajo | Sin Hogar □ | En la Trabajador Migratorio escuela/Entrenamiento |
| <u>Fuentes de ingresos</u> (Escriba el total en dólare antes de impuestos y deducciones) | es de todas sus fuentes de in | gresos por cada adulto que | e recibe por mes | CalWORKS (ayuda financiera) |
| Fuentes de ingresos | Padre/Guardián#1 | Padre/Guardiá | Sn#2 | Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)? |
| Trabajo / Empleo | 1 aure/Guaruran#1 | T aut e/Guaruta | 111#2 | □ NO □ SI - # de Caso: |
| Mantenimiento Infantil Mantenimiento de Esposa (o) | | | | Si la respuesta es NO , ha recibido ayuda financiera (welfare) en los últimos 2 años (24 meses)? NO SI |
| Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability) | | | | Si la respuesta es SI, por favor indique la fecha en qué terminó la ayuda:/# de Caso: |
| Beneficio de desempleo | | | | |
| (Unemployment) Comisiones de venta/trabajo | | | | Child Care Resource Center™ |
| Asistencia Financiera | | | | Quality - Support - Development - Education (818) 717 - 1000 ext 4478 |
| Compensación al Trabajo (Workers Comp) | | | | (661) 789 - 1200 ext 4479 |
| Otros/Explique | | | | Rev Dec '12 |

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

| | Nombre | Apellido | | Fecha de Nacimiento | Género | Niño Adoptivo? | Cantidad de ayuda Youakim | Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre- Escolar Estatal? | Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 2 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 3 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 4 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 5 | | | | / / | | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| Necesita Cuidado: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Lugares pr (Diferentes al código | | |
| (m | arque todo lo que correspon | <i>aa)</i> Fodo el día | | | | | | (Differences air coungo | postar de su casa) |
| | | dio tiempo | | | | | | | |
| | | Noches | | | | | | | |
| | Tod | la la noche | | | | | | | |
| | Fines d | le semanas | | | | | | | |
| Ne | ecesidades Especiales: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Prefiere ud. un cer | ntro o sitio especifico |
| | Conocimiento limitado | del Inglés | | | | | | □ g: | □ N. |
| | Servicios de Protecci | ón Infantil | | | | | | ☐ Si | □ No |
| | Severamente disc | capacitado | | | | | | Nombre | |
| | Su niño tiene un | IEP, IFOP | | | | | | - | |
| Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar? Social/Emocional/Comportamiento | | | | | | | Para Niño # | | |
| | | | | | | | Para uso oficial | <u>solamente</u> | |
| Problemas continuos de salud □ | | | | | | | New App | / / | |
| | Retrasos del | desarrollo | | | | | | Update App. | / / |
| | Visión | o audición | | | | | | puate App. | |

| Formulario de Ingreso a la <u>L</u> ista de <u>E</u> legibilio | lad del Child Care Resou | rce Center | | F | echa de Aplicación | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <u>Información de Contacto:</u> Nombre del padre/guardián #1 Nombre: | Inicia | al del 2do nombre | Apellido_ | | Fecha de Nacimiento// | | |
| Domicilio | Apt. # C | iudad | | Código Postal | Condado | | |
| Teléfono-en casa- () | Teléfono-del celular ú ot | ro () | Idiom | na primario | | | |
| Nombre de Empleador/Escuela: | Código Postal de Trabajo/Escuela | | | Teléfono de trabajo/escuela () | | | |
| Nombre del padre/guardián #2 Nombre: | Inicial del 2do nombreApellido_ | | | Fecha de Nacimiento/ | | | |
| Nombre de Empleador/Escuela: | Código Postal de Trabajo/Escuela | | | Teléfono de trabajo/escuela () | | | |
| #1 Seleccionar todos los días que atiende: | L M M J V S D (hora | rio) De: | Hasta: | | | | |
| #2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: Hasta: Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres [| | | | | | | |
| Necesidad de Cuidado Infantil: (por favo Padre /guardián u otros adultos en casa) | r marque todo lo que c | orresponda para ca | <u>104</u> | | | | |
| Trabajando Incap | Médicamente pacitado/Discapacitado | Buscando Trabajo | Sin Hogar | En la escuela/Entrenamien | | | |
| Padre/Guardián #1 □ Padre/Guardián #2 □ | | | | | | | |
| <u>Fuentes de ingresos</u> (Escriba el total en dólares antes de impuestos y deducciones) | | | | CalWORKS (ayuda financiera) Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare) | | | |
| Fuentes de ingresos Trabajo / Empleo | Padre/Guardián#1 | Padre/Guardiá | n#2 | | NO SI - # de Caso: | | |
| Trabajo / Empico | | | | Si la magnuagta ag | NO ha racibida ayuda financiana (w.//www) an | | |
| Mantenimiento Infantil | | | | los últimos 2 año | NO , ha recibido ayuda financiera (<i>welfare</i>) en os (24 meses)? | | |
| Mantenimiento de Esposa (o) | | | | □ NO □ SI | | | |
| Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability) Beneficio de desempleo | | | | | SI, por favor indique la fecha en qué terminó# de Caso: | | |

(Unemployment)
Comisiones de venta/trabajo

Asistencia Financiera

Compensación al Trabajo

(Workers Comp)

Otros/Explique

| | Child Care |
|-----|--------------------------------|
| (5) | Child Care Resource Center™ |

Quality - Support - Development - Education

San Bernardino Office 1111 E. Mill St. Suite 100 San Bernardino, Ca. 92408 Phone (909) 890–0018 ext 2092

Fax (909) 386-5071 cel@ccrcca.org

Rev Dec '15

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

| | Nombre | Apellido | | Fecha de Nacimiento | Género | Niño Adoptivo? | Cantidad de ayuda Youakim | Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre- Escolar Estatal? | Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 2 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 3 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 4 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 5 | | | | / / | | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| Necesita Cuidado: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Lugares pr (Diferentes al código | | |
| (m | arque todo lo que correspon | <i>aa)</i> Fodo el día | | | | | | (Differences air coungo | postar de su casa) |
| | | dio tiempo | | | | | | | |
| | | Noches | | | | | | | |
| | Tod | la la noche | | | | | | | |
| | Fines d | le semanas | | | | | | | |
| Ne | ecesidades Especiales: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Prefiere ud. un cer | ntro o sitio especifico |
| | Conocimiento limitado | del Inglés | | | | | | □ g: | □ N. |
| | Servicios de Protecci | ón Infantil | | | | | | ☐ Si | □ No |
| | Severamente disc | capacitado | | | | | | Nombre | |
| | Su niño tiene un | IEP, IFOP | | | | | | - | |
| Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar? Social/Emocional/Comportamiento | | | | | | | Para Niño # | | |
| | | | | | | | Para uso oficial | <u>solamente</u> | |
| Problemas continuos de salud □ | | | | | | | New App | / / | |
| | Retrasos del | desarrollo | | | | | | Update App. | / / |
| | Visión | o audición | | | | | | puate App. | |

| Formulario de Ingreso a la <u>L</u> ista de <u>E</u> legibil | idad del Child Care Reso | ource Center | | F | echa de Aplicación | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <u>Información de Contacto:</u> Nombre del padre/guardián #1 Nombre: | Ini | cial del 2do nombre | Apellido_ | | Fecha de Nacimiento// | | | |
| Domicilio | Apt. # | Ciudad | | Código Postal | Condado | | | |
| Teléfono-en casa- () | _ Teléfono-del celular ú o | otro () | Idion | na primario | | | | |
| Nombre de Empleador/Escuela: | Código Postal de Trabajo/Escuela | | | Teléfono de trabajo/escuela () | | | | |
| Nombre del padre/guardián #2 Nombre: | Inicia | Inicial del 2do nombre Apellido | | | Fecha de Nacimiento/ | | | |
| Nombre de Empleador/Escuela: | Código Postal de Trabajo/Escuela | | | Teléfono de trabajo/escuela () | | | | |
| #1 Seleccionar todos los días que atiendo | e: L M M J V S D (hor | cario) De: | Hasta: | | | | | |
| #2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: Hasta: Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres [| | | | | | | | |
| Necesidad de Cuidado Infantil: (por fav Padre /guardián u otros adultos en casa | | corresponda para ca | <u>ada</u> | | | | | |
| Trabajando Inca | Médicamente apacitado/Discapacitado | Buscando Trabajo | Sin Hogar | En la escuela/Entrenamien | | | | |
| Padre/Guardián #1 □ Padre/Guardián #2 □ | | | | | | | | |
| <u>Fuentes de ingresos</u> (Escriba el total en dólar antes de impuestos y deducciones) | es de todas sus fuentes de ing | gresos por cada adulto que | e recibe por mes | CalWORKS (ayuda financiera) Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)? | | | | |
| Fuentes de ingresos Trabajo / Empleo | Padre/Guardián#1 | Padre/Guardiá | n#2 | | NO SI - # de Caso: | | | |
| Trabajo / Empico | | | | Si la magnuagta ag | NO ha macikida ayuda financiana (w. 16-w.) an | | | |
| Mantenimiento Infantil | | | | los últimos 2 año | Si la respuesta es NO , ha recibido ayuda financiera (welfare) er los últimos 2 años (24 meses)? | | | |
| Mantenimiento de Esposa (o) | | | | □ NO □ SI | | | | |
| Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability) Beneficio de desempleo | | | | | SI, por favor indique la fecha en qué terminó # de Caso: | | | |

(Unemployment)

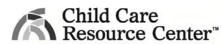
Comisiones de venta/trabajo

Asistencia Financiera

Compensación al Trabajo

(Workers Comp)

Otros/Explique



Quality - Support - Development - Education

Victorville Office 15456 W. Sage St. Victorville, Ca. 92392 Phone (760) 245–0770 ext 3995

Fax (760) 245-1072

Rev Dec '15

cel@ccrcca.org

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

| | Nombre | Apellido | | Fecha de Nacimiento | Género | Niño Adoptivo? | Cantidad de ayuda Youakim | Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre- Escolar Estatal? | Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 2 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 3 | | | | / / | \Box M \Box F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 4 | | | | / / | □ M □ F | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| 5 | | | | / / | | □ Si □ No | \$ | □ Si □ No | □ Si □ No |
| Necesita Cuidado: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Lugares pr (Diferentes al código | | |
| (m | arque todo lo que correspon | <i>aa)</i> Fodo el día | | | | | | (Differences air coungo | postar de su casa) |
| | | dio tiempo | | | | | | | |
| | | Noches | | | | | | | |
| | Tod | la la noche | | | | | | | |
| | Fines d | le semanas | | | | | | | |
| Ne | ecesidades Especiales: | | Niño #1 | Niño #2 | Niño #3 | Niño #4 | Niño #5 | Prefiere ud. un cer | ntro o sitio especifico |
| | Conocimiento limitado | del Inglés | | | | | | □ g: | □ N. |
| | Servicios de Protecci | ón Infantil | | | | | | ☐ Si | □ No |
| | Severamente disc | capacitado | | | | | | Nombre | |
| | Su niño tiene un | IEP, IFOP | | | | | | - | |
| Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar? Social/Emocional/Comportamiento | | | | | | | Para Niño # | | |
| | | | | | | | Para uso oficial | <u>solamente</u> | |
| Problemas continuos de salud □ | | | | | | | New App | / / | |
| | Retrasos del | desarrollo | | | | | | Update App. | / / |
| | Visión | o audición | | | | | | puate App. | |