

# Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil de Changing Tides Family Services

La Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil (*Child Care Eligibility List - CEL*) es una lista de familias que necesitan asistencia de pago de cuidado infantil de uno de nuestros programas de subsidios. Estos programas son financiados por el Departamento de Educación de California e incluyen Pago Alternativo, CalWORKs Etapa 2 & 3, y Red de Educación Cuidado Infantil en Familia. Una vez recibida, esta aplicación no garantiza servicios para su familia. Se le notificará de las aperturas del programa por teléfono o postal y los pasos para inscribirse. Si no tiene noticias de nosotros con respecto a las aperturas, por favor, compruebe en cada 6 meses para permanecer en el CEL.

Envíe su formulario completo a: Changing Tides Family Services  
2379 Myrtle Avenue  
Eureka, CA 95501

## I. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE SOLICITANTE

Nombre del/de la solicitante \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio Residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Domicilio Postal (si es distinto) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamarle \_\_\_\_\_

Teléfono celular/para dejarle recado \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (*E-mail*) \_\_\_\_\_

¿Es usted el padre/la madre, de uno o más de uno de los niños?  Sí  No

¿Es usted el el/la abuelo(a) o el/la tutor(a) legal de uno o más de uno de los niños?  Sí  No

¿Está usted casado(a), y viviendo actualmente con su esposa(o)?  Sí  No

¿Está el segundo padre, de por lo menos uno de los niños, viviendo en el hogar?  Sí  No Si sí, sección I y II necesita estar completado.

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

Doy permiso al personal de Changing Tides Family Services para enviar mensajes de texto con respecto a mi solicitud  Sí  No

Si sí, envíe mensajes de texto a esta celda de número \_\_\_\_\_

## II. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO PADRE

**ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR, SOLAMENTE SI EL SEGUNDO PADRE RESIDE ACTUALMENTE EN EL HOGAR.**

Nombre del segundo padre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Medio Nombre

Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono celular/para dejarle recado \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (*E-mail*) \_\_\_\_\_

## III. NECESIDAD DE CUIDADO

¿Está la familia sin hogar?  Sí  No ¿Necesitas información sobre acceso de Medical?  Sí  No

¿Le envió a servicios la agencia de Servicios de Protección Infantil (*Children Protective Services - CPS*)?  Sí  No  
 [Es posible que un(a) trabajador(a) social de CPS envíe a servicios a los niños que estén recibiendo servicios de CPS, y que requieran cuidado infantil, como parte del plan de un caso de CPS.]

¿Por qué necesita usted servicios? (*marque todos lo que sean pertinentes*)

**Solicitante:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS

**Segundo Padre:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS

### A. Complete esta sección para Padre/Tutor Legal:

Información sobre el empleo del/de la solicitante (si está trabajando actualmente)		
	Empleador(a) #1	Empleador(a) #2
Nombre del/de la empleador(a):	_____	_____
Código postal del/de la empleador(a):	_____	_____
Teléfono/Extensión:	_____	_____
Número de horas trabajadas a la semana:	_____ A la semana	_____ A la semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
O		
Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____

**Información sobre la escuela/el entrenamiento del/de la solicitante (si asiste a la escuela/entrenamiento actualmente)**

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Meta educativa:	_____	_____
Total de unidades este semestre/trimestre:	_____	_____
Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad a la semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad a la semana:	_____	_____

**B. Complete esta sección si el Segundo Padre/Cuidador está viviendo en el hogar:**

**Información sobre el empleo del segundo padre (si está trabajando actualmente)**

	Empleador(a) #1	Empleador(a) #2
Nombre del/de la empleador(a):	_____	_____
Código postal del/de la empleador(a):	_____	_____
Teléfono/Extensión:	_____	_____
Número de horas trabajadas a la semana:	_____ A la semana	_____ A la semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
O		
Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____

**Información sobre la escuela/el entrenamiento del segundo padre (si asiste a la escuela/entrenamiento actualmente)**

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Meta educativa:	_____	_____
Total de unidades este semestre/trimestre:	_____	_____
Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad a la semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad a la semana:	_____	_____

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS**

¿Está recibiendo actualmente CalWorks Cash Aid/estampias del County Welfare or DHHS?  Sí  No  
 (En caso afirmativo, introduzca la cantidad recibida el mes pasado en la sección 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?  
 (Marque No, si recibe/d TANF tribal)  Sí  No  
 Si así es, el Condado más reciente en donde se recibió la asistencia económica fue \_\_\_\_\_  
 Fecha en que se le suspendió la asistencia económica \_\_\_\_\_

Si recibe TANF tribal, ingrese la cantidad a continuación en "Otros". Si recibe Ayuda en efectivo solo para niños del condado, ingrese la cantidad a continuación en "solo niños".

**Anote sus ingresos mensuales de todas las fuentes, aparte de su sueldo de empleo. Por favor, tenga en cuenta que todos los ingresos requerirán verificación, antes de su inscripción.**

Ingresos regulares	Solicitante	Segundo padre
Ingresos del empleo autónomo	\$ _____	\$ _____
Ingresos de la Administración del Seguro Social (SSA) (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Programa Suplementario del Estado (SSI/SSP) (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del sostenimiento de la/del esposa(o) que se recibieron (Spousal Support)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del Programa de Desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____

Otros ingresos de la familia	
Asistencia económica (niños solamente)	\$ _____
Asistencia económica (familia)	\$ _____
Ingresos del sostenimiento de hijos que se recibieron (Child Support)	\$ _____
Ingresos del Cuidado de Crianza Temporal (Foster Care)	\$ _____
Ingresos de la Administración del Seguro Social (SSA) [niño(a)]	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Programa Suplementario del Estado (SSI/SSP) [niño(a)]	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____





NO SE APRUEBA PARA SERVICIOS EN ESTE MOMENTO. Recuerde que esto es sólo una solicitud para la Lista de Elegibilidad de Cuidado Infantil para el cuidado de niños subsidiados. Esta aplicación no garantiza los servicios. Usted no está aprobado para el cuidado de niños hasta que sea contactado por Changing Tides Family Services y ha completado una cita de matriculación en persona. Si decide usar el cuidado de niños antes de recibir la Notificación de Aprobación, será a su propio costo y usted será responsable del pago.

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

## **VI. CERTIFICACIÓN**

Entiendo que la información que se proporcione se necesita, para determinar mi elegibilidad para un programa de cuidado infantil subvencionado del Changing Tides Family Services, y que ésta se verificará, antes de mi inscripción.

Afirmo que esta información es correcta.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_