



FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:

NCO/Rural Communities Childcare
850 Lakeport Blvd. Lakeport, CA 95453

707-263-7513 FAX
707-263-4688

1. INFORMACIÓN DEL PRIMER PADRE/GUARDIÁN

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección para Correo _____ Teléfono del Trabajo _____
 Dirección Física _____ Teléfono Celular _____
 Ciudad _____ Código postal _____ Fecha de Nacimiento del Padre _____
 Dirección de correo electrónico _____ Raza/Etnicidad _____
 ¿Cómo se enteró de nuestros servicios? _____ Idioma _____
 ¿Cuál es su relación con los niños que necesitan el cuidado?
 Madre Padre Abuelo(a) Guardián Padre de Crianza Temporal
 ¿Está usted: ¿Trabajando? Si No Si respondió "Si": Nombre del empleador _____ Código postal _____
 ¿Estudiando/Entrenamiento? Si No Si respondió "Si": Nombre de escuela/programa _____ Código postal _____
 Enlista las horas que necesitan cada día: Sus horas actuales de trabajo y días u horas de escuela.
 Dom__ a __ / Lun__ a __ / Mar__ a __ / Mier__ a __ / Jue__ a __ / Vie__ a __ / Sab__ a __
Características: Favor de si usted esta: Buscando trabajo Incapacitado Sin hogar Trabajador temporal/migratorio
 ¿Es esta una referencia de CPS/En Riesgo? Si la respuesta es Si adjunte la información de la Agencia que le esta refiriendo
 Firma _____ Fecha _____

2. INFORMACION DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIAN (solo si este hogar tiene dos padres de familia)

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección de correo electrónico _____ Teléfono del Trabajo _____
 Raza/Etnicidad _____ Fecha de Nacimiento del Padre _____
 Idioma _____
 ¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado?
 Madre Padre Abuelo (a) Guardián Padre de Crianza Temporal
 ¿Está usted: ¿Trabajando? Si No "Si respondió "Si": Nombre del empleador _____ Código postal _____
 ¿Estudiando/Entrenamiento? Si No "Si respondió "Si": Nombre de escuela/programa _____ Código Postal _____
 Enlista las horas que necesitan cada día: Sus horas actuales de trabajo y días u horas de escuela.
 Dom__ a __ / Lun__ a __ / Mar__ a __ / Mier__ a __ / Jue__ a __ / Vie__ a __ / Sab__ a __
Características: Favor de si usted esta: Buscando trabajo Incapacitado Trabajador temporal/migratorio

3. PREFERENCIAS

PREFERENCIA DE AREA (Si hay más de una, por favor Indique 1^{ra} 2^{da} 3^{er} opción)

____ Lakeport ____ Lower Lake ____ Clearlake Area ____ Clearlake Oaks ____ Middletown
 ____ Kelseyville ____ Upper Lake ____ Nice/Lucerne ____ Cobb

IMPORTANTE: Favor de Completar la información adicional al reverso de esta hoja

4. INFORMACIÓN DEL NIÑO (Para cada niño que vive en su hogar)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA/ ETNICIDAD	SE NECESITA CUIDADO DE NIÑOS		TIEMPO COMPLETO	MEDIO TIEMPO	EN LAS TARDES	DE NOCHE	FINES DE SEMANA
			SI	NO					
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

5. COMENTARIOS ADICIONALES

6. INGRESO Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES SUJETOS A COMPROBACIÓN DE RECURSOS

¿En los últimos 24 meses ha recibido ayuda económica a través del *Departamento de Servicios Sociales*?

Sí No

¿Si respondió Sí? ¿Cuándo fue el último mes y año en que recibió un cheque? _____ Número del Caso: _____

Fue SOLO para los niños _____ o para AMBOS Padres y niño(s) _____

Si está recibiendo o inscrito en alguno de los siguientes programas de gobierno sujetos a comprobación de recursos, marque la casilla a continuación:

- Medi-Cal Cal Fresh Programa de California de Asistencia de Comida Programa Federal de distribución de Comida o Indian Reservations
 WIC (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños) Head Start Early Head Start

1 ^{er} Padre/Guardián		2 ^{do} Padre/Guardián		
Salario o sueldo en bruto \$ _____ x _____ x 52 ÷ 12 = Tarifa por hora Horas por semana	\$	Salario o sueldo en bruto \$ _____ x _____ x 52 ÷ 12 = Tarifa por hora Horas por semana	\$	
Apoyo económico recibido conyugal/niños	\$	Apoyo económico recibido conyugal/niños	\$	
Apoyo económico Por Pagar conyugal/niños	\$	Apoyo económico Por Pagar conyugal/niños	\$	
Empleo-Propio	\$	Empleo-Propio	\$	
Desempleo	\$	Desempleo	\$	
Discapacidad	\$	Discapacidad	\$	
Compensación del Trabajador	\$	Compensación del Trabajador	\$	
Veteranos	\$	Veteranos	\$	
SSA/SSP	\$	SSA/SSP	\$	
Ingreso para Padres de Crianza Temporal	\$	Ingreso para Padres de Crianza Temporal	\$	
Asistencia Monetaria solo para niños	\$	Asistencia Monetaria solo para niños	\$	
CalWORKS	\$	CalWORKS	\$	
Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	
Otro Ingreso	\$	Otro Ingreso	\$	
INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO	\$	INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO	\$	

PARA USO UNICO DE LA OFICINA CEL:

Date Application Received: _____ Rank: _____ Family ID: _____ Bridge Program
 Data Entry Completed By: _____ Date: _____