

**Lista Centralizada de Elegibilidad  
Aplicacion de subsidio para servicios  
Del Cuidado de Niño en el condado de Modoc**

**Enviar/Fax o/Traer: Administrado CEL**  
Modoc Child Care Resource & Referral  
112 E. 2<sup>nd</sup> Street  
Alturas, CA 96101  
(530) 233-5437  
**Fax 233-4744**

**1. Informacion de Padre / Guardian**

Nombre de Padre/Guardian A : \_\_\_\_\_ / B : \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo A : \_\_\_\_\_ / B : \_\_\_\_\_

Cual es su relacion con el niño-s necesitando cuidado?  Madre  Padre Guardian- Padre adoptivo temporal   
Other: \_\_\_\_\_

Esta usted empleado? Padre A:  Si  No Cantidad en Bruto A : \$ \_\_\_\_\_ Padre B:  Si  No Cantidad en Bruto B : \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Codigo postal del empleador: Padre A: \_\_\_\_\_ Cuantas horas por semana? \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Codigo postal del empleador: Padre B: \_\_\_\_\_ Cuantas horas por semana? \_\_\_\_\_

En la escuela / entremamiento? Padre A:  Si  No Padre B:  Si  No  
Nombre de la escuela o programa: \_\_\_\_\_ Codigo postal de la escuela o programa: Padre A: \_\_\_\_\_ Actualmente inscrito en \_\_\_\_\_ unidades  
Nombre de la escuela o programa: \_\_\_\_\_ Codigo postal de la escuela o programa: Padre B: \_\_\_\_\_ Actualmente inscrito en \_\_\_\_\_ unidades

A recibido asistencia monetaria por el Departamento de Servicios Sociales en los ultimos 24 meses? Padre A:  Si  No Padre B:  Si  No  
Periodo de fecha de Ayuda Monetaria \_\_\_\_\_

Favor de Indicar si usted esta: Padre A:  Activamente buscacando  Discapacitado  Buscando vivienda permanente  Parte del dia educacion preescolar  Actividades de CalWorks  
Padre B:  Activamente buscacando  Discapacitado  Buscando vivienda permanente  Parte del dia educacion preescolar  Actividades de CalWorks  
Tamaño de Familia \_\_\_\_\_

**Preferencia de idioma:**  
 Ingles  Español Ortro (especifique) \_\_\_\_\_ es este un CPS/Referencial de riesgo?  Si  No

**2. INFORMACION DEL NIÑOS (PARA CARA NIÑO VIVIENDO EN CASA)**

Nombre	Fecha de nacimiento	Cuidado de niño	Horario de cuidado necesitado (Favor <input checked="" type="checkbox"/> )			
			Tiempo completo	Parte del tiempo	Tardes	Fin de Semana
1. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	M / F ____/____/____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguno de estos niños esta actualmente recibiendo servicios de cuidado de niño subvencionado (excepto parte del dia preescolar)?  Si  No Si, si por cual Programa \_\_\_\_\_

Favor  de indicar si cualquiera de lo siguiente aplica a alguno de estos niños:  
 Necesidades Excepcionales (tiene un IEP o IFSP)  Ingles Limitado Proficiente Nombre del Niño \_\_\_\_\_

**Programa/Preferencia de Proveedor:**

No preferencia (su aplicacion sera disponible para la abertura en todos los programas de Subsidio).

**Firma de Padre:**

**Fecha:**

*La Familia reúne los requisitos de elegibilidad para los siguientes programas de subsidio de cuidado de niño: CAPP CFCC C2AP C3AP CDSS ETAPA 1*

**FAVOR DE A NOTAR:** EL completar esta aplicacion No es una garantia de servicios. Su colocacion en el CEL es basado en el sistema superior de elegibilidad. Su ingreso total en bruto y el numero de personas en su unidad de familia para deterninara su orden de numero. Familias con el numero mas pequeno seran contactadas primero cuando la oportunidad sea disponible. El Condado de Modoc CEL, no discrimina en bases de edad, sexo, orientacion sexual, genero, identificacion de grupo etnico, raza, ancestria, origen nacional, religion, color, discapacidad mental o fisica en determinar cuales familias seran ayudadas.

**FOR CEL OFFICE USE ONLY:**

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Rank: \_\_\_\_\_

Family ID#: \_\_\_\_\_

Data Entry Completed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**File Status**

Active Status:  Yes  No    Enrolled:  Yes  No    Exit Date: \_\_\_\_\_

CEL Application for parents.doc