



La aplicación puede ser enviada por  
**Correo, Fax o Correo Electronico.**

**Dirección:** 4C Council  
 c/o CEL Program  
 2515 N. First St.  
 San Jose, CA 95131

**Fax:** (408) 487-0762

**Email:** celinfo@4c.org

**Información de Contacto**  
 Web: www.santaclaracountycel.org  
 Telefono: (877) 235-0095

# Aplicación para la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL)

Por el Subsidio para Cuidado Infantil/Preescolar en el Condado de Santa Clara

PARA USO INTERNO:  Intake  Update •  R&R  877#  CalWORKS •  FCSAD  CCSAD • Rank \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Letra de Molde

## PRIMER PADRE

**Relación con el niño/a:**  Padre  Abuelo  Padre Substituto  Guardián Legal  Otro:

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_ **Preferencia de Códigos:** (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apartamento/Unidad:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** ( ) \_\_\_\_\_ **Celular:** ( ) \_\_\_\_\_ **Trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Idioma:** \_\_\_\_\_ **Grupo Etnico:** \_\_\_\_\_

**Tamaño de familia (padres y niños en casa):** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Celular:** ( ) \_\_\_\_\_ **Trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Idioma:** \_\_\_\_\_ **Grupo Etnico:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE FAMILIA

**Características (Marque al cual aplique):**  Referencia del Servicio de Protección Infantil  Padre Adolescente  Trabajador Inmigrante Temporal  Otro:

**Es Usted (Marque uno):**  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Es Usted (Marque al cual aplique):**  Persona sin hogar  En un refugio  Ninguno

**Es usted estudiante de un Colegio o Universidad?**  Si  No Si es si, Poner el nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

## RAZÓN POR CUAL NECESITA EL CUIDADO

PRIMER PADRE	SEGUNDO PADRE <input type="checkbox"/> INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA
<input type="checkbox"/> Empleado (Código postal del trabajo: _____)	<input type="checkbox"/> Empleado (Código postal del trabajo: _____)
<input type="checkbox"/> Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)	<input type="checkbox"/> Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)
<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo	<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo
<input type="checkbox"/> Incapacidad Medica	<input type="checkbox"/> Incapacidad Medica
<input type="checkbox"/> Medio tiempo de Preescolar (3 horas)	<input type="checkbox"/> Medio tiempo de Preescolar (3 horas)

## INGRESO MENSUAL: PRIMER PADRE

Ingreso Mensual Antes de Impuestos	Manutención Infantil (Mensual)	Manutención del Conyugue (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	Otro Tipo de Ingreso:
\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal						_____
<b>Horas &amp; Salario</b> Horas por semana _____ \$ Por hora _____						

## INGRESO MENSUAL: SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

Ingreso Mensual Antes de Impuestos	Manutención Infantil (Mensual)	Manutención del Conyugue (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	Otro Tipo de Ingreso:
\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal						_____
<b>Horas &amp; Salario</b> Horas por semana _____ \$ Por hora _____						

## EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

**Esta usted actualmente recibiendo cuidado infantil/asistencia preescolar para sus niños?**  Si  No  
 Si es *si*, Nombre del programa: \_\_\_\_\_

**A recibido asistencia monetaria para usted y los niños (Welfare/TANF/AFDC) durante los últimos dos años?**  Si  No  
 Si es *si* y a parado de recibir, fecha de la suspensión: \_\_\_\_\_

**Esta usted recientemente participando en CalWORKs?**  Si  No

# Aplicación para la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL)

Por el Subsidio para Cuidado Infantil/Preescolar en el Condado de Santa Clara

Página 2

## NIÑO 1

Lado Reverso

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>	
<b>Horario requerido:</b> <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Por la Tarde <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Durante la Noche		
<b>Nombre de Centro o Preescolar Preferido:</b>	<b>Programa:</b>	
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad		
<b>Recientemente Enrolado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>	<b>Razón por la cual esta re-aplicando:</b>	

## NIÑO 2

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>	
<b>Horario Requerido:</b> <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Por la Tarde <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Durante la Noche		
<b>Nombre de Centro o Preescolar Preferido:</b>	<b>Programa:</b>	
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad		
<b>Recientemente Enrolado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>	<b>Razón por la cual esta re-aplicando:</b>	

## NIÑO 3

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>	
<b>Horario Requerido:</b> <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Por la Tarde <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Durante la Noche		
<b>Nombre de Centro o Preescolar Preferido:</b>	<b>Programa:</b>	
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad		
<b>Recientemente Enrolado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>	<b>Razón por la cual esta re-aplicando:</b>	

## NIÑO 4

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>	
<b>Horario Requerido:</b> <input type="checkbox"/> (F/T) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> (P/T) Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Por la Tarde <input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Durante la Noche		
<b>Nombre de Centro o Preescolar Preferido:</b>	<b>Programa:</b>	
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad		
<b>Recientemente Enrolado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, Que Programa:</i>	<b>Razón por la cual esta re-aplicando:</b>	

### Liste los NIÑOS que NO NECESITAN Cuidado o Preescolar

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>

### CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION

Al firmar esta solicitud, reconoce y otorga el permiso para que su solicitud sea compartida con las agencias participantes.

- Declaro que, a mi entender, la información anterior es completa y verdadera.
- Comprendo que mi elegibilidad se basara en la información que proporcioné aquí y que se exigirá la documentación requerida antes del la inscripción.
- Con el fin de mantenerme activo/a en la lista de elegibilidad, debo informar de inmediato al 4Cs de cualquier cambio de mi dirección, numero de teléfono o ingreso.
- Esta aplicación es valida por tres meses, sin embargo yo entiendo que si después de tres meses no actualizo mi información, mi nombre será borrado de la lista de elegibilidad.

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

 ¿Tiene Preguntas? Llame al (877) 235-0095