



Quý Vị có thể  
Gởi, Fax hay  
Emailed Đơn

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

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

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

**Xin Liên Lạc:**

Web: www.santaclaracountycel.org

Phone: (877) 235-0095

## Đơn Xin cho Danh Sách Những Gia Đình Hội Đủ Điều Kiện

Xin tiền trợ cấp chăm sóc hoặc chương trình bán thời gian cho trẻ em của quận hạt Santa Clara

**Chỉ Cho Văn Phòng:**  Intake  Update •  R&R  877#  CalWORKS •  FCSAD  CCSAD • Rank \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

### Cha/Mẹ Thứ Nhất (Người Đứng Tên Hồ Sơ)

**Có phải quý vị là:**  Cha/M  Ông/Bà N i/Ngo i  Cha/M Nuôi  Ng i Giám H H p Pháp  Ai Khác:

**Ngày:** \_\_\_\_\_ **Tên Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày Sinh:** \_\_\_\_\_

<b>Địa Chỉ:</b>	<b>Số Căn Hộ:</b>	<b>Quận:</b>
<b>Thành Phố:</b>	<b>Tiểu Bang:</b>	<b>Zip:</b>
<b>Điện Thoại Nhà: ( )</b>	<b>Điện Thoại Tay: ( )</b>	<b>Điện Thoại Sở Làm: ( )</b>
<b>Địa Chỉ Mạng Lưới:</b>	<b>Ngôn Ngữ:</b>	<b>Sắc Tộc:</b>
<b>Số Người Trong Gia Đình (Cha/Mẹ và con):</b>	<b>Số Zip quý vị thích của nơi người cung cấp: (1)</b>	<b>(2)</b>
	<b>(3)</b>	

**Cha/Mẹ Thứ Nhì (Chỉ Điền Vào Nếu Sống Trong Nhà)**  Không s ng chung

<b>Tên Họ:</b>		
<b>Ngày Sinh:</b>	<b>Điện Thoại Tay: ( )</b>	<b>Điện Thoại Sở Làm: ( )</b>
<b>Địa Chỉ Mạng Lưới:</b>	<b>Ngôn Ngữ:</b>	<b>Sắc Tộc:</b>

### Thông Tin Về Gia Đình

**Có phải quý vị là** (ánh d u vào ch áp d ng):  Cha/M Thi u Niên  Công Nhân Di Trú  D ch V B o V Tr Em  Không Áp D ng

**Tình Trạng Hôn Phôi** (ánh d u m t ô thôi):  c Thân  Có Gia ình  Ly Thân  Ly D  Góa B a

**Có phải quý vị** (ánh d u vào nh ng i u áp d ng):  Vô Gia C  ang s ng n i t m trú  Không áp d ng

**Có phải quý vị là sinh viên?**  Có  Không *Nếu có, tên tr ng:* \_\_\_\_\_  Trung H c  Cao ng  i H c

### Tình Trạng Cần Giúp Đỡ

Cha Mẹ Thứ Nhất	Cha Mẹ Thứ Nhì <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng
<input type="checkbox"/> Hi n có i làm (zip s làm: _____)	<input type="checkbox"/> Hi n có i làm (zip s làm: _____)
<input type="checkbox"/> ang i h cho c ang h c ngh (zip c a tr ng h c: _____)	<input type="checkbox"/> ang i h cho c ang h c ngh (zip c a tr ng h c: _____)
<input type="checkbox"/> ang tìm vi c làm	<input type="checkbox"/> ang tìm vi c làm
<input type="checkbox"/> B t n ng	<input type="checkbox"/> B t n ng
<input type="checkbox"/> Ch c n ch ng trình i h c bán th i gian (3 ti ng)	<input type="checkbox"/> Ch c n ch ng trình i h c bán th i gian (3 ti ng)

### Lợi Tức Hàng Tháng – Cha Mẹ Thứ Nhất

<b>Lương Chưa Trừ Thuế</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Hai Tu n <input type="checkbox"/> M i Tu n	Tr C p Con Cái (tháng)	Tr C p Hôn Ph i (tháng)	Tr C p Ti n M t/Tr Ti n Cho Cha M Nuôi	SDI B o Hi m Tàn Ph Ti u Bang	SSI L i T c An Sinh Xã H i	L i T c Khác: _____
S Gi / Tu n _____ \$ / Gi _____						

### Lợi Tức Hàng Tháng – Cha Mẹ Thứ Nhì Không Áp Dụng

<b>Lương Chưa Trừ Thuế</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Hai Tu n <input type="checkbox"/> M i Tu n	Tr C p Con Cái (tháng)	Tr C p Hôn Ph i (tháng)	Tr C p Ti n M t/Tr Ti n Cho Cha M Nuôi	SDI B o Hi m Tàn Ph Ti u Bang	SSI L i T c An Sinh Xã H i	L i T c Khác: _____
Số Giờ / Tuần _____ \$ / Giờ _____						

### Duyệt Xét Điều Kiện

**Quý vị hiện có nhận trợ giúp tài chánh cho việc chăm sóc trẻ không?**  Có  Không (*Nếu Có, tên ch ng trình:* \_\_\_\_\_)

**Có bao giờ quý vị nhận Trợ Cấp Tiền Mặt (WELFARE/TANF/AFDC) trong vòng 24 tháng qua không?**  Có  Không

\* *Nếu có, xin cho biết số hồ sơ:* \_\_\_\_\_

**Quý vị hiện tại có ghi danh gia nhập chương trình CalWORKs không?**  Có  Không

- xin lật qua -

# Đơn Xin cho Danh Sách Những Gia Đình Hội Đủ Điều Kiện

Xin tiền trợ cấp chăm sóc hoặc chương trình bán thời gian cho trẻ em của quận hạt Santa Clara

## Trẻ Em 1

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc:	<input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luân thay <input type="checkbox"/> Qua Đêm	
Người Giữ Trẻ/Trường Học Đã Chọn:	Chương Trình Ưa Thích:	
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích:	<input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè	
Hiện có nhận trợ cấp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , chi ng trình gì:	Lý Do Xin Lại:

## Trẻ Em 2

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc:	<input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luân thay <input type="checkbox"/> Qua Đêm	
Người Giữ Trẻ/Trường Học Đã Chọn:	Chương Trình Ưa Thích:	
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích:	<input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè	
Hiện có nhận trợ cấp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , chi ng trình gì:	Lý Do Xin Lại:

## Trẻ Em 3

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc:	<input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luân thay <input type="checkbox"/> Qua Đêm	
Người Giữ Trẻ/Trường Học Đã Chọn:	Chương Trình Ưa Thích:	
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích:	<input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè	
Hiện có nhận trợ cấp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , chi ng trình gì:	Lý Do Xin Lại:

## Trẻ Em 4

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc:	<input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luân thay <input type="checkbox"/> Qua Đêm	
Người Giữ Trẻ/Trường Học Đã Chọn:	Chương Trình Ưa Thích:	
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích:	<input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè	
Hiện có nhận trợ cấp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , chi ng trình gì:	Lý Do Xin Lại:

## Những Trẻ Em Không Cần Chương Trình Chăm Sóc

Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):
Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):
Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):

## Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin

Khi ký vào đơn xin, quý vị xác nhận và cho phép phân phối đơn xin của mình trong vòng các cơ quan tham gia.

- Tôi tuyên bố là thông tin nêu trên là đầy đủ và đúng theo sự hiểu biết nhất của tôi.
- Tôi hiểu là sự hội đủ điều kiện của mình sẽ được dựa vào thông tin cung cấp ở đây và sẽ cần phải có giấy tờ tài liệu trước khi ghi danh.
- Tôi cần phải thông báo cho 4Cs biết ngay khi có sự thay đổi nào về địa chỉ, điện thoại, hay lợi tức hàng tháng.
- Đơn xin này có hiệu lực trong 3 tháng. Nếu, sau 3 tháng, tôi không cập nhật đơn xin này, thì tên của tôi sẽ được lấy ra khỏi bảng danh sách hội đủ điều kiện.

Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ ☎ **Thắc Mắc, Xin Gọi (877) 235-0095**