



Connections For Children Lista de Elegibilidad

Formulario de Registro

Al completar este formulario, usted se está registrando en la lista de elegibilidad de Connections For Children (CFC) para familias de bajos recursos. La información que proporcione determina su elegibilidad para recibir el cuidado infantil subsidiado a medida que el financiamiento y espacios estén disponibles. Cuando se comuniquen con su familia para la inscripción, usted deberá documentar la información que brindo en este formulario para garantizar que es elegible antes de inscribir a su hijo. Toda la información **se maneja de forma confidencial**. Para mas información, favor de comunicarse con CFC al (310) 452-3325 o visite nuestra pagina electrónica: www.connectionsforchildren.org.

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR #1 (Debe brindar información de todos los adultos en el hogar)

Apellido:	Nombre:	Idioma materno:
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Correo Electrónico:		

¿Recibe actualmente ayuda financiera? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es **SI**, indique la ultima fecha del pago de ayuda: ____/____/____

RAZON DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Trabajando (Nombre del empleador/Código postal): _____ ☐ Buscando trabajo
☐ Asiste a la escuela o esta en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal): _____
☐ Sin hogar/Buscando una vivienda ☐ Experiencia pre-escolar educativa de medio tiempo para el niño UNICAMENTE
☐ Médicamente discapacitado/invalido ☐ Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, ANTES de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)

Ingreso Mensual	Fuente	Ingresos Mensuales	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente
	Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo		Manutención del cónyuge		Cupones para alimentos (estampillas de comida)
	Beneficios del seguro social		Discapacidad estatal		Beneficios por desempleo
	Compensación para trabajadores		Pensión alimenticia para hijos		Pensiones/rentas vitalicias
	Seguridad de ingreso suplementario		Subsidios de adopción		Ayuda financiera (niños únicamente)
	Otro:		Si usted paga pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR #2

Apellido:	Nombre:	Idioma materno:
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:

¿Recibe actualmente ayuda financiera? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es **SI**, indique la ultima fecha del pago de ayuda: ____/____/____

RAZON DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Trabajando (Nombre del empleador/Código postal): _____ ☐ Buscando trabajo
☐ Asiste a la escuela o esta en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal): _____
☐ Sin hogar/Buscando una vivienda ☐ Experiencia pre-escolar educativa de medio tiempo para el niño UNICAMENTE
☐ Médicamente discapacitado/invalido ☐ Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, ANTES de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)

Ingreso Mensual	Fuente	Ingresos Mensuales	Fuente	Ingreso Mensual	Fuente
	Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo		Manutención del cónyuge		Cupones para alimentos (estampillas de comida)
	Beneficios del seguro social		Discapacidad estatal		Beneficios por desempleo
	Compensación para trabajadores		Pensión alimenticia para hijos		Pensiones/rentas vitalicias
	Seguridad de ingreso suplementario		Subsidios de adopción		Ayuda financiera (niños únicamente)
	Otro:		Si usted paga pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

NINOS QUE VIVEN EL HOGAR (Todos los niños del grupo familiar menores de 18 años, 22 años si son inválidos)

#1 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué) ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ Tardes ☐ Fines de Semana ☐ Ninguno			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NINO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NINO COMPLETE ESTA SECCION			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) ☐ Si ☐ No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: ☐ Biológica ☐ De custodia tutelar ☐ de tutela ☐ Adoptiva ☐ Otro:			

#2 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué) ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ Tardes ☐ Fines de Semana ☐ Ninguno			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NINO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NINO COMPLETE ESTA SECCION			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) ☐ Si ☐ No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: ☐ Biológica ☐ De custodia tutelar ☐ de tutela ☐ Adoptiva ☐ Otro:			

#3 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué) ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ Tardes ☐ Fines de Semana ☐ Ninguno			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NINO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NINO COMPLETE ESTA SECCION			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) ☐ Si ☐ No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: ☐ Biológica ☐ De custodia tutelar ☐ de tutela ☐ Adoptiva ☐ Otro:			

#4 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué) ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ Tardes ☐ Fines de Semana ☐ Ninguno			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NINO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NINO COMPLETE ESTA SECCION			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso
\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) ☐ Si ☐ No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: ☐ Biológica ☐ De custodia tutelar ☐ de tutela ☐ Adoptiva ☐ Otro:			

NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MEDICAS

Marque todas las opciones que correspondan para cada niño enumerado arriba	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4
El niño tiene un Plan individual de servicios para la familia (IFSP, Individual Family Services Plan) (0-3 años)				
El niño tiene un Plan individual de educación (IEP, Individual Education Plan) 3 años o más				
Recibe servicios a través de un centro regional/Early Head Start				
Recibe servicios a través de un distrito escolar local (educación especial)				
Retrasos del desarrollo (Cognitivo, autismo, síndrome de Down etc.)				
Retrasos del desarrollo (físico, motriz)				
Comportamiento o retrasos emocionales/sociales				
Discapacidad físicas (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.)				
Problemas de salud/medico (asma, diabetes, otro _____)				
Problemas de habla/idioma/comunicación				
Problemas de audición/visión				

Yo certifico con mi firma que la información en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre de Padre/Tutor

Firma de Padre/Tutor

Fecha