



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 para familias de bajos recursos. La información que proporciona 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 más información, favor de comunicarse con al (310) 452-3325 o visite nuestra página electrónica a 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 de Calworks para Usted y sus niños? Sí No

Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera de Calworks en los últimos **dos** años? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, indique la última fecha del pago de ayuda de Calworks: ____/____/____ Numero de case de Calworks: _____

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:		Sí 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:

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:		Sí usted paga pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

#1 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué)			
<input type="checkbox"/> Jornada completa		<input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de Semana		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> de tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otro:			

#2 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué)			
<input type="checkbox"/> Jornada completa		<input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de Semana		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> de tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otro:			

#3 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué)			
<input type="checkbox"/> Jornada completa		<input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de Semana		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> de tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otro:			

#4 Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Códigos postales preferidos para cuidado	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que apliqué)			
<input type="checkbox"/> Jornada completa		<input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de Semana		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relaciones con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padre" con este niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> de tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> 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/médico (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



Estimado solicitante,

Para poder incluir su nombre en la lista de elegibilidad de asistencia para el cuidado de niños de Connections for Children, llene la solicitud adquirida y envíe a la dirección o por correo electrónico indicado abajo. Es muy importante que **complete cada** sección de esta solicitud, nombres, fecha de nacimiento, número de teléfonos, número de miembros en la familia y cantidad de ingreso debe ser contestada. El periodo de espera es variable, tan pronto como haya espacio le haremos saber y le daremos una cita para una entrevista.

Connections for Children tiene diferentes recursos y fondos. La ciudad de Santa Mónica patrocina a niños desde la infancia hasta la edad de cinco años. Esta ayuda en particular es solamente para los residentes de Santa Mónica. El estado de California y el Gobierno Federal patrocina a niños desde la infancia hasta la edad de once años. Su elegibilidad para esta ayuda es basada en su ingreso anual y número de miembros en su familia.

Si ocurre algún cambio de número de teléfono, domicilio, el número de miembros de familia o ingreso mensual, informe a Connections for Children inmediatamente. Es su responsabilidad de notificarnos por teléfono al número **(310) 452-3325** o por correo electrónico a **carewait@cfc-ca.org**.

Connections for Children
5901 W. Century Blvd. Suite 400
Los Angeles, CA 90045