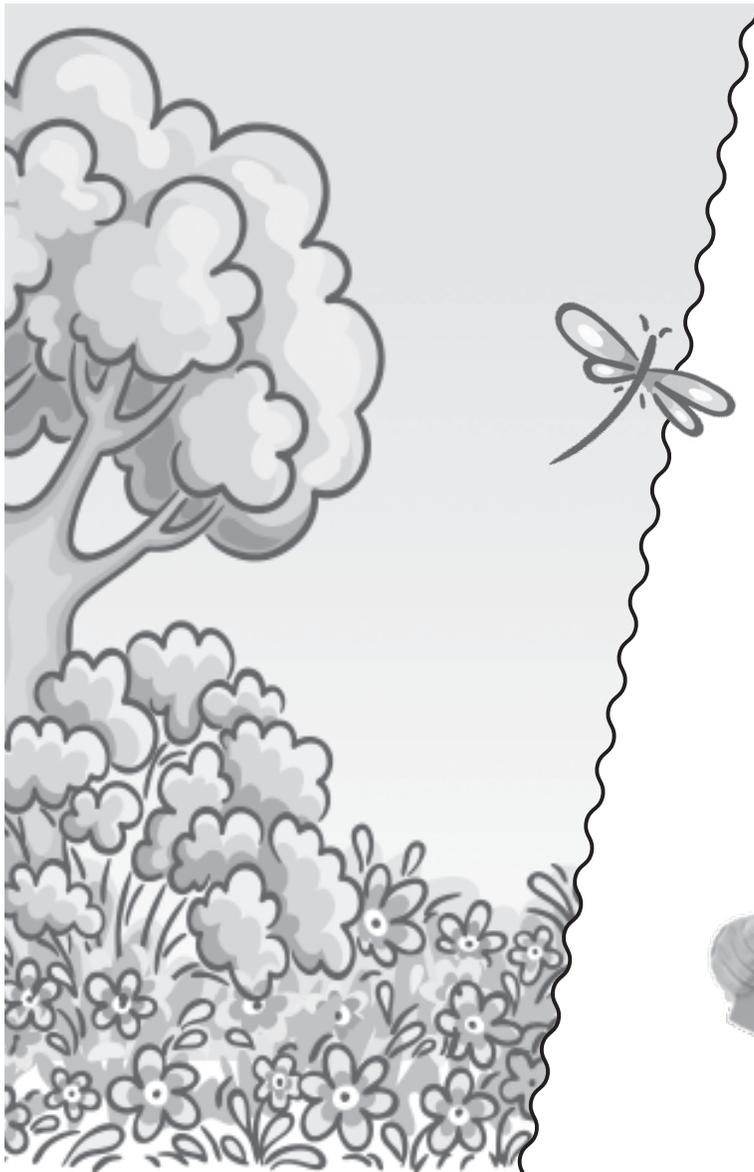


Solicitud de Cuidado Infantil



2000 K Street, Suite 110
Bakersfield, CA 93301
661-861-5200
(Toll Free) 877-861-5200

*Un programa operado
por la oficina del
Superintendente de las
Escuelas del Condado de Kern,
Christine Lizardi Frazier,
Superintendente*

www.kernchildcare.org

El Programa de Pago Alternativo de Community Connection for Child Care (CCCC por sus siglas en inglés) está financiado por el Departamento de Educación de California (CDE) para ayudar a familias de bajos ingresos con los gastos de cuidado infantil.

El Programa de Pago Alternativo de California (CAPP) requiere la presentación de solicitudes con el fin de determinar necesidad y elegibilidad. CAPP es un programa de libre elección. Los padres pueden seleccionar una guardería, un hogar de cuidado infantil con licencia, o un proveedor exento de licencia como un familiar, amigo, o vecino. Los proveedores exentos de licencia deben reunir los requisitos del programa antes de que se otorgue aprobación. Niños de hasta 12 años de edad son elegibles para servicios de cuidado infantil.



¿Quién es elegible para recibir asistencia con los pagos?

Para recibir asistencia con los pagos por servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiados, las familias deben reunir requisitos de elegibilidad y necesidad y poder demostrar que viven y/o trabajan en el Condado de Kern. La elegibilidad de la familia se determina por su ingreso bruto total y el tamaño de esta. La necesidad se determina cuando los padres están trabajando, buscando trabajo, asistiendo a una escuela vocacional/institución acreditada, entrenamiento laboral, sin hogar, o discapacitados. La discapacidad debe ser verificada por un profesional legalmente calificado.

Niños en situaciones de abuso o abandono que reciben servicios del Departamento de Protección al Menor, o niños que están en riesgo de abuso o abandono según documentación por escrito de una agencia legal, médica o social también son elegibles para servicios de cuidado infantil subsidiado. Para más información llamar al (661)861-5200.

Lista de Elegibilidad de CCCC

Una vez que se recibe una solicitud, las familias se ingresan en la Lista de Elegibilidad de CCCC y se les asigna un rango de acuerdo con el tamaño de la familia e ingreso. Según lo requerido por CDE, las familias con rangos más bajos tienen prioridad.

Las familias se seleccionan de la Lista de Elegibilidad de CCCC a medida que haya fondos disponibles. El presentar una solicitud no garantiza servicios de cuidado infantil. Las familias no se seleccionan por orden de llegada.

Es importante que las familias en la Lista de Elegibilidad mantengan su información al día con CCCC. Asegúrese de que CCCC tenga su número de teléfono y dirección actualizados en donde se pueda contactar a los padres/tutores o donde se pueda dejar un mensaje. Para actualizar su solicitud por favor llame al (661)861-5200 or (877)861-5200.

Por favor envíe su solicitud de cuidado infantil a la siguiente dirección:

**Community Connection for Child Care
Lista de Elegibilidad
2000 K Street, Suite 110
Bakersfield, CA 93301**

Solicitud de Cuidado Infantil

INFORMACIÓN DE LOS PADRES (USE LETRA DE IMPRENTA)

PADRE A

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono de casa: () _____ Alternativo/Celular: () _____

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Principal: _____

Raza: _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Número de niños menores de 18 años viviendo en el hogar: _____

Parentesco con el(los niño(s)): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre de Crianza	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Razón de Necesitar los servicios: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> En Busca de Trabajo <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Incapacitado
--	---	---

PADRE B

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono de casa: () _____ Alternativo/Celular: () _____

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Principal: _____

Raza: _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Número de niños menores de 18 años viviendo en el hogar: _____

Parentesco con el(los niño(s)): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre de Crianza	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Razón de Necesitar los servicios: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> En Busca de Trabajo <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Incapacitado
--	---	---

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA

Corte aquí y devolver esta solicitud a la dirección indicada arriba.



INGRESOS

PADRE A

All income sources must be included.

Salario Bruto	\$
Ayuda de Gobierno	\$
Manutención de niños	\$
Pensión Conyugal	\$
Desempleo	\$
Discapacidad	\$
Ayuda Financiera	\$
Propinas/Bonificaciones	\$
Otros	\$
TOTAL MENSUAL	\$

NIÑO 1

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____ Género: M F

¿Tiene el niño(a) un IEP(Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual)? Sí No

Horario: Tiempo Completo (más de 6 horas por día) Medio Tiempo (menos de 6 horas por día)

Turno: Marque todo lo que corresponda De Día De Noche Fin de Semana

NIÑO 3

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____ Género: M F

¿Tiene el niño(a) un IEP(Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual)? Sí No

Horario: Tiempo Completo (más de 6 horas por día) Medio Tiempo (menos de 6 horas por día)

Turno: Marque todo lo que corresponda De Día De Noche Fin de Semana

INGRESOS

PADRE B

All income sources must be included.

Salario Bruto	\$
Ayuda de Gobierno	\$
Manutención de niños	\$
Pensión Conyugal	\$
Desempleo	\$
Discapacidad	\$
Ayuda Financiera	\$
Propinas/Bonificaciones	\$
Otros	\$
TOTAL MENSUAL	\$

NIÑO 2

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____ Género: M F

¿Tiene el niño(a) un IEP(Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual)? Sí No

Horario: Tiempo Completo (más de 6 horas por día) Medio Tiempo (menos de 6 horas por día)

Turno: Marque todo lo que corresponda De Día De Noche Fin de Semana

NIÑO 4

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____ Género: M F

¿Tiene el niño(a) un IEP(Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual)? Sí No

Horario: Tiempo Completo (más de 6 horas por día) Medio Tiempo (menos de 6 horas por día)

Turno: Marque todo lo que corresponda De Día De Noche Fin de Semana

POR FAVOR LEA Y FIRME Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Asimismo, entiendo que toda información personal se mantendrá en la más estricta confidencialidad.

Firma: _____ Fecha: _____