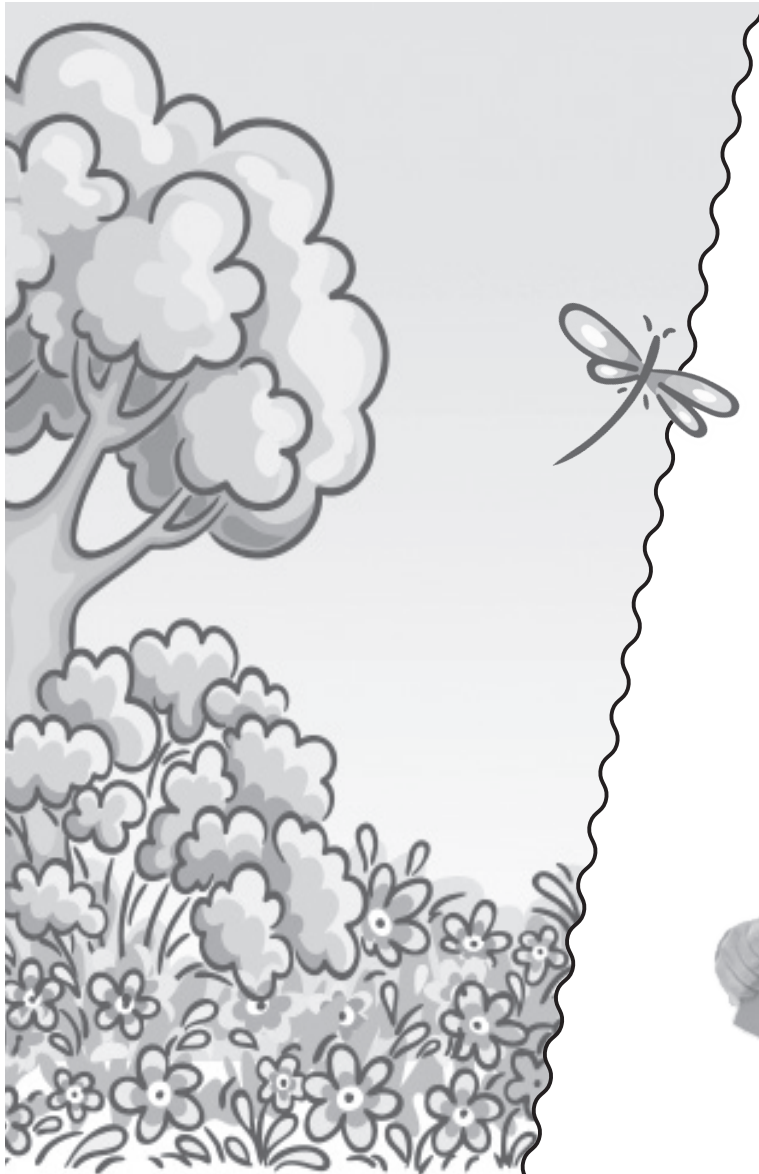


Solicitud de Cuidado Infantil



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

*A program operated
by the Kern County
Superintendent
of Schools Office
John G. Mendiburu, Ed.D.,
Superintendent*



www.kernchildcare.org

El Programa de Pago Alternativo de Community Connection for Child Care (CCCC por sus siglas en inglés) está financiado por el California Department of Social Services (CDSS) 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 CDSS, 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.

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: _____ Segunda Nombre: _____ Apellido: _____

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

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Principal: _____

Correo electrónico: _____

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino
☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

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

¿Alguno de los niños para quienes solicita cuidado reciben servicios de crianza temporal? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿son hermanos? ☐ Sí ☐ No

Si no lo son, por favor, presente una solicitud por separado para cada uno.

Parentesco con el/los niño(s):

- ☐ Madre
☐ Padre
☐ Abuelo
☐ Tutor
☐ Padre de Crianza

Estado Civil:

- ☐ Casado
☐ Soltero
☐ Viudo
☐ Divorciado
☐ Separado

Razón de Necesitar los servicios:

- ☐ Trabajo / Independiente
☐ Escuela / Entrenamiento
☐ En Busca de Trabajo
☐ Sin Hogar
☐ Incapacitado
☐ Protección al Menor CPS
☐ En Riesgo

PADRE B

Nombre: _____ Segunda Nombre: _____ Apellido: _____

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

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Principal: _____

Correo electrónico: _____

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino
☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

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

Parentesco con el/los niño(s):

- ☐ Madre
☐ Padre
☐ Abuelo
☐ Tutor
☐ Padre de Crianza

Estado Civil:

- ☐ Casado
☐ Soltero
☐ Viudo
☐ Divorciado
☐ Separado

Razón de Necesitar los servicios:

- ☐ Trabajo / Independiente
☐ Escuela / Entrenamiento
☐ En Busca de Trabajo
☐ Sin Hogar
☐ Incapacitado
☐ Protección al Menor CPS
☐ En Riesgo

¿Ha recibido la familia ayuda monetaria del gobierno en los últimos 24 meses? ☐ Sí ☐ No Fecha del último pago _____

¿Esta recibiendo la familia servicios subsidiados de cuidado infantil de alguno de los siguientes programas? ☐ Sí ☐ No

Si recibe, ¿de cuáles? ☐ Foster Bridge Care ☐ Programa Migrante de Cuidado Infantil (CAPK) ☐ CalWorks (Etapa 1,2,3)



INGRESOS

PADRE A

Declare todas sus fuentes de ingresos.

Salario Bruto (Mensual)	\$
Ayuda de Gobierno	\$
Manutención de niños	\$
Pensión Conyugal	\$
Desempleo	\$
Discapacidad	\$
Propinas/Bonificaciones	\$
Subsidio de hijos de crianza	\$
Otros	\$
TOTAL MENSUAL	\$

NIÑO 1

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ M ☐ F

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano
☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino ☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Tiene el niño alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Horario: (Marque uno)

- ☐ 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: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ M ☐ F

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano
☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino ☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Tiene el niño alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Horario: (Marque uno)

- ☐ 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

Declare todas sus fuentes de ingresos.

Salario Bruto (Mensual)	\$
Ayuda de Gobierno	\$
Manutención de niños	\$
Pensión Conyugal	\$
Desempleo	\$
Discapacidad	\$
Propinas/Bonificaciones	\$
Subsidio de hijos de crianza	\$
Otros	\$
TOTAL MENSUAL	\$

NIÑO 2

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ M ☐ F

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano
☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino ☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Tiene el niño alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Horario: (Marque uno)

- ☐ 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: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ M ☐ F

Raza: ☐ Nativo Americano (USA) ☐ Asiático ☐ Afroamericano
☐ Caucásico ☐ Hispano o Latino ☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico ☐ Desconocida / Declino declarar

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Tiene el niño alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Horario: (Marque uno)

- ☐ 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: _____

