



### Aplicación para la Lista Central de Elegibilidad del Condado de Marin

La Lista Central de Elegibilidad (CEL) es una lista del Condado de Marin, compuesta por familias que solicitan asistencia económica para los gastos de cuidado infantil. Esta lista será utilizada por varios programas y agencias en el Condado de Marin que ofrecen programas de subsidio a bajo o sin costo alguno para las familias elegibles. Estos programas incluyen programas financiados por el Departamento de Educación de California (CDSS) y el programa de "Head Start" en Marin.

**Tenga en cuenta que la Lista de Elegibilidad (CEL) no garantiza los servicios de cuidado. Usted será contactado por alguna agencia de subsidio en Marin con acceso a CEL cuando su aplicación sea considerada para un puesto vacante. Desafortunadamente, no contamos con un tiempo estimado de espera.**

#### Información del padre/madre solicitante

Nombre de padre/madre (A): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio de casa: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre (B): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M  F

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Viven los dos padres en la misma casa? Si  No  Si no ¿Tiene usted un acuerdo de custodia? Si  No

#### Necesidad de servicios de cuidado

Marque todas las opciones que apliquen a la necesidad de su familia (si tiene un caso activo de CFS, por favor incluya una carta de referencia a la aplicación).

	Empleado	Escuela / Entrenamiento	Está medicamente incapacitado	Busca Empleo	Esta sin hogar / Buscando casa permanente
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tiene activo un caso con CFS	Nombre trabajador:			Número de teléfono	
	Correo Electrónico del trabajador:				
<b>Si usted tiene un caso activo con CFS, por favor incluya una carta de referencia.</b>					

#### Información de empleo (solo si seleccionó que actualmente está trabajando).

	Padre/Madre A	Padre/Madre B
Nombre empleador		
Teléfono del empleador		
Código postal/ciudad donde trabaja		
Frecuencia de pago	Hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/>
Cantidad	\$	\$
Horas máximas que trabaja a la semana		

¿El padre/madre tiene más de un empleador? Complete la siguiente parte de la información y seleccione quien tiene el segundo empleo: Madre  Padre

Nombre empleador		Teléfono del empleador	
Código postal/ciudad donde trabaja			
Frecuencia de pago	Hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/>		
Cantidad	\$	Horas máximas que trabaja a la semana	

Si el padre/madre es un estudiante, por favor complete la siguiente información:

	¿Quién es el estudiante? Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>		
Nombre de la escuela			
Código postal/ciudad donde se ubica la escuela			
Horas máximas requeridas por semana		Fecha estimada de graduación	
Meta educacional			

Información de ingresos adicionales de la familia (indique monto en bruto de los ingresos que aplican).

<input type="checkbox"/> Cash Aid (asistencia económica)	Familia:	\$	Solo para los niños	\$
<input type="checkbox"/> SSA/SSI/SSP	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Niño(s) <input type="checkbox"/>	\$

Manutención familiar: (Child Support)

¿Usted recibe manutención o usted la paga?	Recibo <input type="checkbox"/> Pago <input type="checkbox"/>	Cantidad	\$
Frecuencia de pago	Hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/>		

Si algún padre paga manutención por otro(s) niños fuera de la familia, indique la cantidad y la frecuencia con la que usted hace sus pagos.

¿Está usted actualmente recibiendo alguno de estos servicios para usted, su(s) hijo(s) o ambos? Si es el caso, seleccione todas las opciones que apliquen a su familia.

Medi-Cal <input type="checkbox"/>	Cal-Fresh (estampillas de comida) <input type="checkbox"/>	WIC <input type="checkbox"/>	California Food Assistance Program <input type="checkbox"/>
Head Start <input type="checkbox"/>	Early Head Start <input type="checkbox"/>	Federal Food Distribution Program on Indian Reservations <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido asistencia económica en California (CalWORKs/Welfare)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Condado
Fecha de su último pago		Familia: <input type="checkbox"/>	Solo para los niños <input type="checkbox"/>

Información del niño(a)

Por favor incluya a todos los niños menores de 18 años, o menores de 21 años si tienen necesidades especiales (esta información es para determinar el número total del tamaño familiar). Si usted está embarazada, tiene que esperar a que nazca su hijo(a) para poder agregarlo a la aplicación de la familia.

Nombre de su hijo(a):			
Fecha de nacimiento		Genero	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escoja si su hijo tiene un plan de servicios de educación especial	IEP	<input type="checkbox"/>	IFSP <input type="checkbox"/>
Si su hijo(a) no necesita cuidado por favor indique aquí y siga con la información del siguiente niño <input type="checkbox"/>			
¿Asiste su hijo a una escuela (TK-12)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la escuela	
Escoja el tipo de cuidado que necesita	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Prescolar <input type="checkbox"/>
	Antes/después de escuela <input type="checkbox"/>	Por las tardes /fines de semana <input type="checkbox"/>	
Ciudad o código postal donde necesita servicios de cuidado			
Nombre de su hijo(a):			
Fecha de nacimiento		Genero	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Escoja si su hijo tiene un plan de servicios de educación especial		IEP	<input type="checkbox"/>	IFSP	<input type="checkbox"/>
<b>Si su hijo(a) no necesita cuidado por favor indique aquí y siga con la información del siguiente niño</b>					<input type="checkbox"/>
¿Asiste su hijo a una escuela (TK-12)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la escuela			
Escoja el tipo de cuidado que necesita	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Prescolar <input type="checkbox"/>		
	Antes/después de escuela <input type="checkbox"/>		Por las tardes /fines de semana <input type="checkbox"/>		
Ciudad o código postal donde necesita servicios de cuidado					

Nombre de su hijo(a):					
Fecha de nacimiento				Genero	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Escoja si su hijo tiene un plan de servicios de educación especial		IEP	<input type="checkbox"/>	IFSP	<input type="checkbox"/>
<b>Si su hijo(a) no necesita cuidado por favor indique aquí y siga con la información del siguiente niño</b>					<input type="checkbox"/>
¿Asiste su hijo a una escuela (TK-12)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la escuela			
Escoja el tipo de cuidado que necesita	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Prescolar <input type="checkbox"/>		
	Antes/después de escuela <input type="checkbox"/>		Por las tardes /fines de semana <input type="checkbox"/>		
Ciudad o código postal donde necesita servicios de cuidado					

Nombre de su hijo(a):					
Fecha de nacimiento				Genero	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escoja si su hijo tiene un plan de servicios de educación especial		IEP	<input type="checkbox"/>	IFSP	<input type="checkbox"/>
<b>Si su hijo(a) no necesita cuidado por favor indique aquí y siga con la información del siguiente niño</b>					<input type="checkbox"/>
¿Asiste su hijo a una escuela (TK-12)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la escuela			
Escoja el tipo de cuidado que necesita	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Prescolar <input type="checkbox"/>		
	Antes/después de escuela <input type="checkbox"/>		Por las tardes /fines de semana <input type="checkbox"/>		
Ciudad o código postal donde necesita servicios de cuidado					

Firma del padre/madre quien completo esta aplicación: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>			
CEL application received date			
Date entered		By whom (staff initials)	