

Aplicación para Asistencia de Cuidado Infantil

¿Está alguno de los padres recibiendo asistencia monetaria (CalWORKs)? Si No
 ¿Si esta recibiendo asistencia monetaria, que cantidad recibe al mes? _____
 ¿Si no esta recibiendo asistencia monetaria, lo ah recibido en el pasado? Si No
 ¿Si, si el ultimio dia de la asistencia monetaria (un estimado esta bien)?: _____
 ¿En qual condado recibio la asistencia monetaria?: _____
 ¿número de caso?: _____

INFORMACION DE LA FAMILIA (Escriba claramente en letra de molde.)

Padre/Tutor A	Padre/Tutor B <input type="checkbox"/> No en Casa
Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Esta en Escuela Secundaria?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento: _____ Esta en Escuela Secundaria?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Email: _____	Email: _____
Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código: _____	
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código: _____	
# de Teléfono: _____ # de Celular: _____ # Alternativo: _____	

INFORMACION DE ELIGIBILIDAD (Liste trabajos adicionales en la seccion de Comentarios en la parte de atreas.)

Padre/Tutor A	Padre/Tutor B
Razón para Servicios: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Estudiante/Estudiante Vocacional <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Al Riesgo de Servicios de Proteccion al Menor	Razón para Servicios: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Estudiante/Estudiante Vocacional <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Al Riesgo de Servicios de Proteccion al Menor
Empleador: _____	Empleador: _____
# de Empleador: _____	# de Empleador: _____
Horas por semana: _____ Cuanto gana la hora: \$ _____	Horas por semana: _____ Cuanto gana la hora: \$ _____
Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes
Nombre de Escuela: _____ # de Unidades: _____	Nombre de Escuela: _____ # de Unidades: _____

INFORMACION DE MENOR (En liste todos los ninos, aun que no necesitan guarderia.)

1. Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero del Niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino ¿Necessita guarderia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene el niño/a necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero del Niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino ¿Necessita guarderia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene el niño/a necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero del Niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino ¿Necessita guarderia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene el niño/a necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero del Niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino ¿Necessita guarderia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene el niño/a necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Numero de ninos que necesitan quidado infantil: _____

INFORMACION DE INGRESOS

Salario Mensual del Padre/Tutor A		Salario Mensual del Padre/Tutor B	
Salario Mensual	\$ _____	Salario Mensual	\$ _____
Asistencia Monetaria (CalWORKs)	\$ _____	Asistencia Monetaria (CalWORKs)	\$ _____
Manutención de Los Niño (Recivido)	\$ _____	Manutención de Los Niño (Recivido)	\$ _____
Manutención de Los Niño (Paga)	\$ _____	Manutención de Los Niño (Paga)	\$ _____
Desempleo	\$ _____	Desempleo	\$ _____
SSI/SSP	\$ _____	SSI/SSP	\$ _____
Beneficios de Incapacidad	\$ _____	Beneficios de Incapacidad	\$ _____
Reembolsos para Padres de Crianza	\$ _____	Reembolsos para Padres de Crianza	\$ _____
Ayuda Financiera	\$ _____	Ayuda Financiera	\$ _____
Otros Ingresos:	\$ _____	Otros Ingresos:	\$ _____
Total de Ingreso Mensual	\$ _____	Total de Ingreso Mensual	\$ _____
Documentacion necesaria de ingresos.		Documentacion necesaria de ingresos.	

Total de Ingresos Mensual: \$ _____ **Tamaño de Familia:** _____ **Idioma Preferido:** _____

Esta recibiendo asistencia para guarderian de otro programa? Si No Si marco si, nombre: _____

Esta el niño matriculado en una escuela prescolar, financiado por el estado? Si No Si marco si, nombre: _____

Indique la clases de guarderia que desea (inclua nombre si es possible): Indesiso

Centro de Guarderia: Nombre: _____

Guarderia Infantil en Casa: Nombre: _____

Proveedor Exento (amigo o familiar): Nombre: _____

Relación de Proveedor Exento **al niño:** Abuela/o Tia/o Otro: _____

Documentos requeridos:

1. **Un mes de ingresos (toda clase de ingresos):** Incluyendo talones de cheques, manutención de los niños, beneficios de seguro social, asistencia monetaria, desempleo, documentación si trabajo por su y cualquier clase de ingresos que entren al hogar, etc.
2. **Estudiante/Estudiante Vocacional:** Registración de la escuela, información de ayuda financiera, etc.
3. **Tutor/Padre de Crianza:** Documentación de custodia, documentación de beneficios, etc.

Se requiere una solicitud **COMPLETA y FIRMADA** junto con **TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA** para procesar una solicitud.

Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Las solicitudes pueden devolverse a través de los siguientes métodos:

- **Enviado** por correo o entregado en **el buzón de la agencia** a: 5090 N West Ave, Fresno, CA 93711
- **Fax** a: (559) 230-2051
- **Email** a: info@ssifresno.org

Firma: _____

Fecha: _____

Comentarios: _____
