



Solicitud centralizada de elegibilidad (CEL)

Información de los padres

Información general

Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono del trabajo _____

¿Se le puede llamar al trabajo? Sí No

Número de teléfono celular o para recibir mensajes _____

¿Cuál es el mejor número de teléfono para llamarle? _____

¿Cuál es la mejor hora para llamarle? _____

Correo electrónico _____

¿Es casado o casada? Sí No

¿Está sólo el padre o la madre en el hogar? Sí No

Etnia _____

¿Habla inglés? Sí No

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Información del hogar

Domicilio _____ Número de apartamento _____ Ciudad _____

Estado _____ Condado _____ Zona postal _____

Teléfono de casa _____ Número de miembros en la familia _____

¿Se mudó su familia durante los 24 meses pasados para buscar u obtener trabajo en la agricultura? Sí No

Sí su respuesta es "Sí" ¿cuándo fue la última vez que se mudó? _____

¿Es el 50% o más de su fuente de ingresos procedente del trabajo en la agricultura? Sí No

CalWORKS (Welfare)

¿Actualmente está participando el padre o la madre en actividades de CalWORKS o recibiendo ayuda monetaria?

Sí No

Sí No

Si ha recibido servicios alternos de CalWORKS ¿cuándo fue la última vez que los recibió? _____

Si ya no recibe ayuda monetaria de CalWORKS ¿cuándo fue la última vez que los recibió? _____

Necesidad de cuidado infantil

(Por favor asegúrese que cuando menos uno de estos sea "Sí" para el padre y la madre del hogar.)

Incapacitado por necesidades médicas o psiquiátricas documentadas. Sí No

Sí No

Trabajando Sí No

Sí No

Educación o capacitación Sí No

Sí No

Activamente buscando trabajo Sí No

Sí No

Buscando vivienda permanente o sin hogar Sí No

Sí No

Características del padre o de la madre

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Padre o madre adolescente Sí No
 Trabajador migrante Sí No
 Alumno o alumna Sí No
 Abuelo o abuela Sí No
 Padre o madre suplente Sí No

Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No

Empleo o capacitación

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Lugar de empleo _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____
 Estado _____
 Zona postal _____
 Condado _____

Escuela _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____
 Estado _____
 Zona postal _____
 Condado _____

Ingreso mensual

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

*** Si no percibe ingresos, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales" cómo se mantienen usted y su familia.**

Trabajo o empleo	\$ _____	\$ _____
Manutención (no TANF)	\$ _____	\$ _____
Manutención del cónyuge	\$ _____	\$ _____
Cuidado de padres suplentes	\$ _____	\$ _____
CalWORKS del estado únicamente o TANF	\$ _____	\$ _____
Compensación laboral	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____
Otro tipo de asistencia pública	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso	\$ _____	\$ _____
Ingreso familiar mensual en bruto (antes de impuestos)	\$ _____	\$ _____

* Se le pedirán talones de cheques de pagos actuales y otra documentación para verificar su ingreso antes de que su niño sea inscrito en algún programa financiado por el estado. Su elegibilidad para el programa pudiera cambiar si su ingreso es distinto al declarado anteriormente.

Información del niño o niños

* No se pueden poner en la lista de espera a niños que aún no han nacido.

#1) Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____
Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Género _____
Idioma Inglés Español Otro _____
Distrito (si es de edad escolar) _____
Grado _____
Escuela _____

Etnia:
 Amerindio o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
 Blanco Hispano o latino Otra

¿Niño en hogar suplente? Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Está viviendo en su casa? Sí No

#2) Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____
Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Género _____
Idioma Inglés Español Otro _____
Distrito (si es de edad escolar) _____
Grado _____
Escuela _____

Etnia:
 Amerindio o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
 Blanco Hispano o latino Otra

¿Niño en hogar suplente? Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Está viviendo en su casa? Sí No

#3) Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____
Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Género _____
Idioma Inglés Español Otro _____
Distrito (si es de edad escolar) _____
Grado _____
Escuela _____

Etnia:
 Amerindio o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
 Blanco Hispano o latino Otra

¿Niño en hogar suplente? Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Está viviendo en su casa? Sí No

#4) Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____
Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Género _____
Idioma Inglés Español Otro _____
Distrito (si es de edad escolar) _____
Grado _____
Escuela _____

Etnia:
 Amerindio o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
 Blanco Hispano o latino Otra

¿Niño en hogar suplente? Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Está viviendo en su casa? Sí No

Horario de cuidado solicitado

(Por favor marque todo lo que aplique)

- Preescolar Sí No
- Turno completo Sí No
- Medio turno Sí No
- Noche Sí No
- Fin de semana Sí No
- Durante la noche Sí No

Necesidades especiales

- Diagnóstico o discapacidad certificada Sí No
- Servicios de protección infantil (CPS) Sí No
- Retrasos en el desarrollo Sí No
- Plan individualizado de servicios familiares (IFSP) Sí No
- Plan educativo individualizado (IEP) Sí No
- Dominio limitado del inglés Sí No
- Otras necesidades especiales Sí No
- Discapacidad severa Sí No
- Preocupación por el comportamiento sociomocional Sí No
- Preocupación por la vista o el oído Sí No

Comentarios adicionales: _____

Al firmar a continuación estoy verificando que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma

Fecha

Por favor tome en cuenta que la información proporcionada en esta solicitud sera ingresada en el CEL del condado de Riverside a la cual tiene acceso toda agencia que recibe financiamiento estatal. Los datos, sin nombres, se comparten con el estado de California con fines informativos. Los números de seguro social de su familia no se darán a agencia o entidad no autorizada.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese al número (888) 296-KIDS.