



Solicitud para la lista de elegibilidad (EL)

Datos de los padres

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Fec. Nac.: _____

Tel. del trabajo: _____

Celular/Recado: _____

Correo electrónico: _____

Casado: Sí No

Sí No

Padre soltero: Sí No

Sí No

Etnia: _____

¿Habla inglés?: Sí No

Sí No

Es:
adolescente Padre de crianza Abuelo
 Padre adolescente
 Trabajador migrante
 Pariente que no sean los padres

Padre de crianza Abuelo
 Trabajador migrante Padre
 Pariente que no sean los padres

Composición de la familia

Dirección: _____ No. de Apto. _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Composición de la familia: _____

CalWORKs (Welfare)

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

¿Quién está actualmente participando en de CalWORKs o recibiendo ayuda monetaria?

Padres Niño Ninguno Padres Niño Ninguno

Si ha recibido asistencia a largo plazo (Diversion) de CalWORKs, ¿en qué fecha los recibió?

Si ya no recibe ayuda monetaria de CalWORKs, en qué fecha dejó de recibirla?

Necesidad de cuidado infantil

(Por favor asegúrese de que cuando menos uno de los siguientes sea Sí para el padre o tutor 1 y el padre o tutor 2 en el hogar).

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Incapacitado debido a necesidades documentadas ya sean médicas o psiquiátricas:

Sí No

Sí No

Trabajando:

Sí No

Sí No

Educación o capacitación:

Sí No

Sí No

Buscando empleo activamente:

Sí No

Sí No

En busca de vivienda permanente/indigente:

Sí No

Sí No

Empleo o capacitación

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Empleador:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____
Escuela:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____

Ingreso mensual

Si su ingreso es 0, por favor indique en la sección de “comentarios adicionales” cómo es que usted y su familia se mantienen.

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Trabajo o empleo:	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil, pero no TANF:	\$ _____	\$ _____
Manutención conyugal:	\$ _____	\$ _____
Cuidado de crianza:	\$ _____	\$ _____
CalWORKS únicamente del estado o TANF:	\$ _____	\$ _____
Seguro social:	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	\$ _____	\$ _____
Discapacidad:	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso:	\$ _____	\$ _____
Ingreso familiar en bruto (antes de impuestos):	\$ _____	\$ _____

Se le pedirán talones de cheque u otra documentación para verificar su ingreso antes de que pueda matricular a su niño en cualquier programa financiado por el estado. Si su ingreso real difiere de la cantidad dada anteriormente, pudiera verse afectada su elegibilidad para los programas.

Datos del niño

En la EL no se pueden incluir niños que aún no han nacido.

1. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

2. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

3. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

4. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

5. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

Programa de cuidado solicitado

(Por favor marque todo lo que proceda).

¿Está buscando algún programa, proveedor o localidad en especial? Sí No Por favor indique: _____

Primer programa disponible

Comentarios adicionales: _____

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

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Atención: la información contenida en esta solicitud será agregada a la lista de elegibilidad del condado de Riverside que está a disposición de toda agencia que recibe financiamiento del estado. Los datos, sin incluir nombres, se compartirán con el estado de California con propósitos informativos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (800) 442-4927.

Por favor devuelva la solicitud llena por FAX al [951] 826-4478 o por correo a:

Riverside Condado Office of Education

Eligibility List

P.O. Box 868

Riverside, CA 92502-0868