



Quý Vị có thể
Gửi, Fax hay
Emailed Đơn

Địa Chỉ: 4C Council
R & R Dept.
150 River Oaks Pkwy. #F1
San Jose, CA 95134

Email: celinfo@4c.org
Fax: (408) 487-0762

Xin Liên Lạc:
Web: www.4c.org
Phone: (408) 487-0749

Đơn Xin Lên Danh Sách Của 4C Cho Những Gia Đình Hội Đủ Điều Kiện

Xin tiền trợ cấp chăm sóc hoặc chương trình bán thời gian cho trẻ em của quận hạt Santa Clara

Chỉ Cho Văn Phòng: Intake Update • R&R 877# CalWORKS • FCSAD CCSAD • Rank _____ ID _____

Cha/Mẹ Thứ Nhất (Người Đứng Tên Hồ Sơ)

Có phải quý vị là: Cha/Mẹ Ông/Bà Nội/Ngoại Cha/Mẹ Nuôi Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày: _____ Tên Họ: _____ Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ:		Số Căn Hộ:	Quận:
Thành Phố:	Tiểu Bang:		Zip:
Điện Thoại Nhà: ()	Điện Thoại Tay: ()		Điện Thoại Sở Làm: ()
Địa Chỉ Mạng Lưới:	Ngôn Ngữ:		Sắc Tộc:
Số Người Trong Gia Đình (Cha/Mẹ và con):	Số Zip quý vị thích của nơi người cung cấp: (1) (2) (3)		

Cha/Mẹ Thứ Nhì (Chỉ Điền Vào Nếu Sống Trong Nhà) Không sống chung

Tên Họ:		
Ngày Sinh:	Điện Thoại Tay: ()	Điện Thoại Sở Làm: ()
Địa Chỉ Mạng Lưới:	Ngôn Ngữ:	Sắc Tộc:

Thông Tin Về Gia Đình

Tình Trạng Hôn Phối (đánh dấu một ô thôi): Độc Thân Có Gia Đình Ly Thân Ly Dị Góa Bụa

Có phải quý vị (đánh dấu vào những điều áp dụng): Vô Gia Cư Đang sống nơi tạm trú Không áp dụng

Tình Trạng Cần Giúp Đỡ

Cha Mẹ Thứ Nhất	Cha Mẹ Thứ Nhì <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng
<input type="checkbox"/> Hiện có đi làm (zip sở làm: _____)	<input type="checkbox"/> Hiện có đi làm (zip sở làm: _____)
<input type="checkbox"/> Đang đi học hoặc đang học nghề (zip của trường học: _____)	<input type="checkbox"/> Đang đi học hoặc đang học nghề (zip của trường học: _____)
<input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm	<input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm
<input type="checkbox"/> Bất năng	<input type="checkbox"/> Bất năng

Lợi Tức Hàng Tháng – Cha Mẹ Thứ Nhất

Lương Chưa Trừ Thuế \$ _____ <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Hai Tuần <input type="checkbox"/> Mỗi Tuần	Trợ Cấp Con Cái (tháng)	Trợ Cấp Hôn Phối (tháng)	Trợ Cấp Tiền Mặt / Trả Tiền Cho Cha Mẹ Nuôi	SDI Bảo Hiểm Tàn Phế Tiểu Bang	SSI Lợi Tức An Sinh Xã Hội	Lợi Tức Khác: _____
Số Giờ / Tuần _____ \$ / Giờ _____						

Lợi Tức Hàng Tháng – Cha Mẹ Thứ Nhì Không Áp Dụng

Lương Chưa Trừ Thuế \$ _____ <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Hai Tuần <input type="checkbox"/> Mỗi Tuần	Trợ Cấp Con Cái (tháng)	Trợ Cấp Hôn Phối (tháng)	Trợ Cấp Tiền Mặt / Trả Tiền Cho Cha Mẹ Nuôi	SDI Bảo Hiểm Tàn Phế Tiểu Bang	SSI Lợi Tức An Sinh Xã Hội	Lợi Tức Khác: _____
Số Giờ / Tuần _____ \$ / Giờ _____						

Duyệt Xét Điều Kiện

Quý vị hiện có nhận trợ giúp tài chính cho việc chăm sóc trẻ không? Có Không (Nếu Có, tên chương trình: _____)

Có bao giờ quý vị nhận Trợ Cấp Tiền Mặt (WELFARE/TANF/AFDC) trong vòng 24 tháng qua không? Có Không

* Nếu có, xin cho biết số hồ sơ: _____

Quý vị hiện tại có ghi danh gia nhập chương trình CalWORKs không? Có Không

Đơn Xin Lên Danh Sách Của 4C Cho Những Gia Đình Hội Đủ Điều Kiện

Xin tiền trợ cấp chăm sóc hoặc chương trình bán thời gian cho trẻ em của quận hạt Santa Clara

Trẻ Em 1

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc: <input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luôn thay đổi <input type="checkbox"/> Qua Đêm		
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích: <input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè		

Trẻ Em 2

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc: <input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luôn thay đổi <input type="checkbox"/> Qua Đêm		
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích: <input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè		

Trẻ Em 3

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc: <input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luôn thay đổi <input type="checkbox"/> Qua Đêm		
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích: <input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè		

Trẻ Em 4

Tên Họ:	Trường Học:	Khu Học Chánh:
Ngày Sinh:	Bệnh Tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có</i> , <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Xin Giải Thích:
Lịch Trình Chăm Sóc: <input type="checkbox"/> Nguyên Ngày <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Buổi Tối <input type="checkbox"/> Cuối Tuần <input type="checkbox"/> Lịch trình luôn thay đổi <input type="checkbox"/> Qua Đêm		
Nơi Giữ Trẻ Ưa Thích: <input type="checkbox"/> Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em <input type="checkbox"/> Gia Đình Chăm Sóc Có Giấy Phép <input type="checkbox"/> Thân Nhân / Bạn Bè		

Những Trẻ Em Không Cần Chương Trình Chăm Sóc

Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):
Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):
Tên Họ:	Ngày Sinh:	Chương Trình Hiện Tại (nếu có):

Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin

Khi ký vào đơn xin, quý vị xác nhận và cho phép phổ biến đơn xin của mình trong vòng các cơ quan tham gia.

- Tôi tuyên bố là thông tin nêu trên là đầy đủ và đúng theo sự hiểu biết nhất của tôi.
- Tôi hiểu là sự hội đủ điều kiện của mình sẽ được dựa vào thông tin cung cấp ở đây và sẽ cần phải có giấy tờ tài liệu trước khi ghi danh.
- Tôi cần phải thông báo cho 4Cs biết ngay khi có sự thay đổi nào về địa chỉ, điện thoại, hay lợi tức hàng tháng.
- Đơn xin này có hiệu lực trong 3 tháng. Nếu, sau 3 tháng, tôi không cập nhật đơn xin này, thì tên của tôi sẽ được lấy ra khỏi bảng danh sách hội đủ điều kiện.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____ ☎ **Thắc Mắc, Xin Gọi (408) 487-0749**

Chỉ Cho Văn Phòng

Initial Intake Completed by:

Data Entry Completed by:

Date:

rev. 11.12