



La aplicación puede ser enviada por **Correo, Fax** o **Correo Electronico**.

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

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

**Información de Contacto:**  
Website: www.4c.org  
Phone: (408) 487-0749 ext. 560

# Aplicación para la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL) de 4C

Por el Subsidio para Cuidado Infantil/Preescolar en el Condado de Santa Clara

**PARA USO INTERNO:**  Intake  Update •  R&R  CalWORKS •  FCSAD  CCSAD • Rank  ID

## PRIMER PADRE

**Relación con el niño/a:**  Padre/Madre  Padre Substituto  Guardián Legal  Servicios de protección infantil\*

Letra de Molde

\*Adjunte la prueba para foster, custodia o protección infantil.

**Fecha:**  **Nombre y apellido:**  **Fecha de Nacimiento:**

**Dirección:**  **Apartamento/Unidad:**  **Condado:**

**Ciudad:**  **Estado:**  **Código Postal:**

**Teléfono de casa:** (  ) **Celular:** (  ) **Trabajo:** (  )

**Correo electrónico:**  **Idioma:**  **Grupo Etnico:**

**Tamaño de familia (padres y niños en casa):**  **Preferencia de Códigos:**

### RAZÓN POR CUAL NECESITA EL CUIDADO

- Empleado (Código postal del trabajo: )  
 Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: )  
 Buscando Trabajo  
 Incapacidad Medica

### INGRESO MENSUAL: PRIMER PADRE (CANTIDAD EN BRUTO)

#### Horas y Salario

Horas por semana  \$ Por hora   Mensual  Quincenal  Semanal

#### Ingreso Mensual Antes de Impuestos \$

Mantenimiento Infantil (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Otro Tipo de Ingreso:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SEGUNDO PADRE INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA

**Nombre y apellido:**

**Fecha de Nacimiento:**  **Celular:** (  ) **Trabajo:** (  )

**Correo electrónico:**  **Idioma:**  **Grupo Etnico:**

### RAZÓN POR CUAL NECESITA EL CUIDADO

- Empleado (Código postal del trabajo: )  
 Escuela/Entrenamiento (Código postal de la escuela: )  
 Buscando Trabajo  
 Incapacidad Medica

### INGRESO MENSUAL: Segundo Padre INDIQUE AQUÍ SI NO VIVE EN CASA (CANTIDAD EN BRUTO)

#### Horas y Salario

Horas por semana  \$ Por hora   Mensual  Quincenal  Semanal

#### Ingreso Mensual Antes de Impuestos \$

Mantenimiento Infantil (Mensual)	Ayuda Financiera o pagos del padre sustituto	Seguro Estatal para Deshabilitados (SDI)	Otro Tipo de Ingreso:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## INFORMACIÓN DE FAMILIA

**Es Usted** (Marque uno):  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Es Usted** (Marque al cual aplique):  Persona sin hogar  En un refugio

## EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

**Esta usted actualmente recibiendo cuidado infantil/asistencia preescolar para sus niños?**  Si  No

Si es **si**, Nombre del programa:

**Usted a recibido asistencia monetaria (Welfare/TANF/AFDC) durante los últimos dos años?**  Si  No; Solamente para los niños  Si  No

Si es **si** y a parado de recibir, Numero de Caso:

**Esta usted recientemente participando en CalWORKs?**  Si  No

# Aplicación para la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL) de 4C

Por el Subsidio para Cuidado Infantil/Preescolar en el Condado de Santa Clara

## NIÑO 1

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Circule: Masculino Femenino</b>	<input type="checkbox"/> Marque si el horario varea
<b>Circule los días necesarios: S M T W Th F S</b> Horas de cuidado: _____ am/pm a _____ am/pm		
<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>		
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad <input type="checkbox"/> No Preferencia		

## NIÑO 2

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Circule: Masculino Femenino</b>	<input type="checkbox"/> Marque si el horario varea
<b>Please circle days of care needed: S M T W Th F S</b> Indicate hours of care: _____ am/pm TO _____ am/pm		
<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>		
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad <input type="checkbox"/> No Preferencia		

## NIÑO 3

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Circule: Masculino Femenino</b>	<input type="checkbox"/> Marque si el horario varea
<b>Circule los días necesarios: S M T W Th F S</b> Horas de cuidado: _____ am/pm a _____ am/pm		
<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>		
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad <input type="checkbox"/> No Preferencia		

## NIÑO 4

<b>Nombre:</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Circule: Masculino Femenino</b>	<input type="checkbox"/> Marque si el horario varea
<b>Circule los días necesarios: S M T W Th F S</b> Horas de cuidado: _____ am/pm a _____ am/pm		
<b>Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí,</i> <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <b>Explique:</b>		
<b>Tipo de preferencia del cuidado infantil:</b> <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Hogar con Licencia <input type="checkbox"/> Familiar/Amistad <input type="checkbox"/> No Preferencia		

Como prueba de tamaño de familia, escriba los nombres de los niños que NO necesitan cuidado.

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Esta en algún programa:</b>

## CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION

### Para Uso Interno Exclusivamente

Initial Intake Completed by: \_\_\_\_\_ Data Entry Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



La aplicación puede ser enviada por **Correo, Fax** o **Correo Electronico**.

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

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

**Información de Contacto:**  
Website: www.4c.org  
Phone: (408) 487-0749 ext. 560

## Aplicación para la Lista Centralizada de Elegibilidad (CEL) de 4C Por el Subsidio para Cuidado Infantil/Preescolar en el Condado de Santa Clara

Al firmar esta solicitud, reconoce y otorga el permiso para que su solicitud sea compartida con las agencias participantes.

- Declaro que, a mi entender, la información anterior es completa y verdadera.
- Comprendo que mi elegibilidad se basara en la información que proporcioné aquí y que se exigirá la documentación requerida antes de la inscripción.
- Con el fin de mantenerme activo/a en la lista de elegibilidad, debo informar de inmediato al 4Cs de cualquier cambio de mi dirección, numero de teléfono o ingreso.
- Esta aplicación es valida por tres meses, sin embargo yo entiendo que si después de tres meses no actualizo mi información, mi nombre será borrado de la lista de elegibilidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

 **¿Tiene Preguntas? Llame al (408)487-0749 ext. 560**

Rev. 11/12