



**LISTA DE ELEGIBILIDAD DE CUIDADO INFANTIL (CEEL, por sus siglas en inglés)  
Cuestionario de Elegibilidad Para Servicios Subsidiados de Cuidado Infantil**

Este Cuestionario de Elegibilidad (EQ, por sus siglas en inglés) nos proporciona información básica para que usted puede ser incluido en la Lista de Elegibilidad de Cuidado Infantil (CEEL, por sus siglas en inglés) de Children's Home Society of California para esperar los fondos disponibles para el subsidio de cuidado infantil. Esta no es una aplicación para ningún programa en particular. Es muy importante que usted proporcione toda la información solicitada, para que su familia pueda ser incluida en la lista de servicios subsidiados de cuidado infantil. Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, por favor comuníquese con nuestra oficina.

**1. Marque uno de los casilleros:**

- Padre/o madre/tutor soltero  Familia con dos padres/familia con dos tutores  
(Asegúrese de completar la información de ambos padres a continuación)

**2. Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_ (Asegúrese de contarse a usted mismo, cualquier otro padre o madre/ tutor y todos sus niños menores de 18 años viviendo en la casa)

**3. Padre Primario/Información de tutor** (Adulto viviendo en el hogar quien es principalmente responsable del niño)

Relación al niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor/Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento		
Dirección		Apto#	Ciudad	Estado	Código Postal
(_____) _____		(_____) _____	_____ ext.	(_____) _____	Condado
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Idioma de preferencia			Correo electrónico		
Marque todos los casilleros que apliquen para este padre/tutor:					
<input type="checkbox"/> Trabajando: Total de horas por semana: _____ (Código postal del lugar de trabajo: _____)			<input type="checkbox"/> Asistiendo escuela/entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)		
<input type="checkbox"/> Buscando trabajo			<input type="checkbox"/> Incapacitado (médicamente incapaz de trabajar)		
<input type="checkbox"/> En excedencia médica o familiar: Fecha que regresará al trabajo/escuela: _____			<input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente		

**4. Padre secundario/Información de tutor** (Cualquier otro adulto viviendo en la casa que comparte responsabilidad del niño)

Relación al niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor/Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento		
Dirección		Apto#	Ciudad	Estado	Código Postal
(_____) _____		(_____) _____	_____ ext.	(_____) _____	Condado
Teléfono del trabajo		Teléfono celular			
Idioma de preferencia			Correo electrónico		
Marque todos los casilleros que apliquen para este padre/tutor:					
<input type="checkbox"/> Trabajando: Total de horas por semana: _____ (Código postal del lugar de trabajo: _____)			<input type="checkbox"/> Asistiendo escuela/entrenamiento (Código postal de la escuela: _____)		
<input type="checkbox"/> Buscando trabajo			<input type="checkbox"/> Incapacitado (médicamente no apto para trabajar)		
<input type="checkbox"/> En excedencia médica o familiar: Fecha que regresará al trabajo/escuela: _____			<input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente		

**5. Otra información de Elegibilidad de familia**

- Su(s) hijo(s) podrían ser elegibles para recibir servicios subsidios inmediatos si uno o ambos adultos en la familia han recibido asistencia monetaria (TANF, por sus siglas en inglés) durante los últimos 24 meses. ¿Alguno de los adultos mencionados anteriormente ha recibido alguna vez asistencia monetaria (TANF)?  Sí  No  
Si usted marcó "Sí", por favor escriba el ultimo mes/año que recibió TANF: \_\_\_\_\_ y de que Condado: \_\_\_\_\_
- Su(s) hijo(s) podrían ser elegibles para recibir servicios subsidios inmediatos si tiene un caso abierto de Servicio de Protección Infantil (CPS, por sus siglas en inglés) o si está "en riesgo" de abuso, negligencia o explotación basado sobre la evaluación de un profesional legalmente calificado. ¿Tiene un caso abierto de CPS o en riesgo para su(s) hijo(s)?  Sí  No
- ¿Algún miembro de la familia incluido en el tamaño de familia, está certificado para recibir beneficios de cualquiera de los siguientes programas gubernamental?  Medi-Cal  CalFresh  California Food Assistance Program  California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)  The Federal Food Distribution Program on Indian Reservations  Head Start  Early Head Start  
\*Si seleccionó alguna de las casillas dentro de esta sección, solo indique los ingresos que indico en su solicitud de servicios para ese programa en la sección Información de Ingresos de la Familia continuación. No agregue ingresos adicionales.
- ¿Su familia se encuentra actualmente en falta de vivienda o buscando vivienda permanente?  Sí  No
- ¿El idioma principal de su familia es un idioma que no sea inglés?  Sí  No

**6. Información de ingresos de la familia** (Ingreso mensual antes de impuestos y deducciones, incluya ingresos para ambos padres mencionados en la página 1)

	<b>Ingresos de Padre Primario o tutor</b>	<b>Ingresos de Padre Secundario o tutor</b>
<b>Ingresos por Empleo</b>	Salario al bruto: \$ _____ Por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	Salario al bruto: \$ _____ Por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes
<b>Asistencia Monetaria</b> Marque Uno: <input type="checkbox"/> para adulto y niños o <input type="checkbox"/> para niños solamente	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Recibiendo ingresos de Manutención de Hijos o Cónyuge</b>	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Pagando Manutención de Hijos o Cónyuge</b>	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Ingreso por Desempleo</b>	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Ingreso por Incapacidad</b>	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Recibiendo Seguridad de Ingresos Suplementario o Pago Suplementario Estatal (SSI/SSP)</b> (para el miembro de familia: _____)	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes
<b>Otros ingresos (Retiro, Beneficios de sobrevivencia, Seguro Social, Ingresos por Asistencia para el cuidado de crianza), Beca Escolar para el Costo de vida, etc.):</b> _____	\$ _____ Por mes	\$ _____ Por mes

**7. Información del niño** (Haga una lista de todos sus niños menores de 18 años viviendo en el hogar)

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (xx/xx/xxxx)	Necesita Cuidado Infantil?	Inscrito en un programa de subsidio	Necesita Cuidado Infantil los fines de semana	Necesita Cuidado Infantil durante las noches	Hijo de Crianza ?	IEP o IFSP?	Nombre de la escuela
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

**8. Verificación y Acuerdo:**

Verifico que esta información es verdadera y correcta. Yo entiendo que una declaración intencional de información falsa con el propósito de recibir servicios subsidiados de cuidado infantil por el estado se considera un fraude y es un delito penado por la ley. Certifico bajo pena de perjurio, que la información indicada anteriormente es correcta. Entiendo que soy responsable de actualizar cualquier cambio en mi información con la lista de elegibilidad de Cuidado Infantil (CCEL), y debo responder a cualquier solicitud para actualizar la información con el fin de permanecer en la lista de elegibilidad de Cuidado Infantil (CCEL). Doy mi aprobación para que mi información de elegibilidad pueda ser compartida con otros programas financiados por el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS, por sus siglas en inglés) con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir servicios de cuidado infantil.

**Firma de padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_