

**CHILD CARE REFERRAL AND EDUCATION
 APLICACIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA**

FAMILY ID _____ RANK # _____

COMPLETE POR FAVOR TODO QUE APLICA

Por favor marque los programas que usted prefiere

<input type="checkbox"/> Pago Alternativo (CCRE)		<input type="checkbox"/> FCCHEN 0-3 Subvencionado Cuidado infantil (TCDE)		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MITAD DE TIEMPO	
<input type="checkbox"/> Me gustaría más información de otros recursos. Circulé o especifique su necesidad. Servicios consejeros, Food Stamps (estampillas de comida), Healthy Families, una lista de proveedoras en mi área, licencia par cuidado infantil, Preescolar, Head Start, ect. Otro: _____				IDIOMA: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
ESTADO MARITAL		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		TAMAÑO DE FAMILIA (requerido): _____	
MARQUE UNA PARA CADA PADRE/ADULTO RESPONSABLE					
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Adulto Responsable	NOMBRE:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> No puedo Trabajar/ Incapacitado		
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Adulto Responsable	NOMBRE:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> No Puedo trabajar/Incapacitado		
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		CÓDIGO:	
Teléfono #		Celular:		Numero de Trabajo:	

EMPLEO O ENTRENAMIENTO

EMPLEO:	Dirección/Código
EMPLEO:	Dirección/Código
Nombre de Colegio:	Dirección/Código
¿Está actualmente con otro programa de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, que condado _____	
¿Ha recibido Ayuda/TANF de dinero efectivo en California dentro de los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, sí, Adonde _____	
¿Ha sido discontinuado de la Ayuda Monetaria del condado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, sí, Cuando _____	

INGRESOS DE FAMILIA

Ingresos Mensuales (empleo)	\$ _____				
Otros Ingresos (liste por favor los ingresos inclusive pero no limitado a Child Support, desempleo, ingresos de incapacidad ,Ayuda Monetaria, Foster Care, SSA)	\$ _____	Fuente: _____			
	\$ _____	Fuente: _____			
	\$ _____	Fuente: _____			
Total de Ingresos	+ (\$ _____)				
Si paga child support o pension	- (\$ _____) escriba la cantidad mensual				
Solamente escriba los nombres de los niños que necesiten asistencia	Sexo	Fecha de nacimiento	Eda	Nombre de Escuela	Tiene el niño necesidades especiales? (IEP, IFSP o servicios protectores?)
	Mujer/Hombre				<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

Firma de Padre/ Persona Responsable _____ **Fecha** _____

Envía su aplicación a:
 Child Care Referral and Education
 645 ANTELOPE BLVD. #34
 RED BLUFF, CA 96080

Gracias por presentar su aplicación para el programa de Pago Alternativo (CCRE) y el Programa de FCCHEN por (TCDE). Estos programas proporcionan la ayuda financiera hacia el coste de cuidado infantil para las familias elegibles. Su aplicación será colocada en la lista de espera.

¿Cómo soy seleccionado?

Las familias que tienen los ingresos más bajos y han estado en la lista de espera más tiempo serán escritos primero, a menos que recibamos una referencia de Servicios de Protector de Niño para un niño que esté en peligro de abuso o descuido. Esas familias siempre son matriculadas primero.

¿Cuánto tiempo es la Esperar?

La esperar varía. Lamentablemente no es posible darle un tiempo aproximado. Las inscripciones sólo son hechas cuando tenemos fondos o cuando hay una apertura en un programa de cuidado infantil.

La colocación a la lista de elegibilidad no es una garantía de servicios.

¿Qué programas están disponibles en esta aplicación?



Programas de Pago de Alternativa de Cuidado de los Niños Subvencionados

El Programa de Pago Alternativo administrado por la Remisión de Cuidado de los Niños y Educación agencia de Condado Tehama es un programa selecto paternal que sirve niños de la edad de 0-13 años para padres mientras trabajan, buscan trabajo o está estudiando. La elegibilidad es determinada según la necesidad, el tamaño de su familia y en su bruto ingresos mensuales. Las familias pueden elegir de una variedad de ajustes de cuidado de los niños; los centros de cuidado de los niños, las casas de proveedoras con licencia, un amigo, el miembro de familia o un vecino (sin licencia).



Departamento de Condado de Tehama de Educación-FCCHEN

El programa de Cuidado de los Niños de Familia de Educación de Casa es diseñado para proporcionar el pago entero o parcial para el cuidado de los niños para una familia elegible. Para poder ser elegible, el niño debe tener menos de 3 años. La inscripción está basada en elegibilidad y necesidad cuando las aperturas ocurren. La prioridad para la inscripción es definida por el Departamento Estatal De Educación. Los padres deben elegir una de las proveedoras con licencia de nuestra lista.

Asegúrese de seleccionar todos los programas que usted está interesado en su aplicación.

Entregué su aplicación a: 645 Antelope Blvd Suite #34, Red Bluff, CA 96080

¿Qué pasa después?

Renueva su aplicación cada 6 meses y en cualquier momento que tenga un cambio de su información.

Llama al (530) 529-3131 si tiene preguntas, hacer cambios o chequear su estado.