

**KINGS COUNTY**  
**CENTRALIZED ELIGIBILITY LIST (CEL)**

Eligibility Application for Subsidized Child Care and Preschool Programs

**Mail completed application to:** Kings County CEL, KCAO 1130 N. 11th Avenue, Hanford, CA 93230 or

**Fax:** (559) 582-4272 or **email/call** with questions: [celinfo@kcao.org](mailto:celinfo@kcao.org) / 559-415-7241

By completing the CEL application, your name is available to all state funded programs that provide child care and preschool programs in Kings County. **Incomplete applications may not be processed. You may submit application to any participating agency listed on back. This application does NOT guarantee enrollment. Please answer all questions.**

**PARENT 1 INFORMATION**

Have you ever applied to the CEL before?  Yes  No

Are you the biological parent, step-parent, adoptive parent, foster parent, legal guardian, or any other adult who is responsible for the care or welfare of the child?  Yes  No     If *NO*, do not continue.

Marital Status (check one):  Single     Married     Separated     Divorced     Widowed     Living together

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Other Names Used: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ CA Zip Code: \_\_\_\_\_

Primary Phone: \_\_\_\_\_ Secondary Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Gender  Male  Female    Primary Language: \_\_\_\_\_

Reason for needing services? *Please select all that apply.*

Working     Actively looking for work     Medically Incapacitated     In Vocational/School Training     Preschool (3hr)

**PARENT 2 INFORMATION**

Any other adult living in the home?  Yes  No, Skip to Family Demographics

Is this person the biological parent, stepparent, adoptive parent, foster parent, legal guardian, or any other adult who is responsible for the care or welfare of any of your children?  Yes  No

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Other Names Used: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ CA Zip Code: \_\_\_\_\_

Primary Phone: \_\_\_\_\_ Secondary Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Gender  Male  Female    Primary Language: \_\_\_\_\_

Reason for needing services? *Please select all that apply.*

Working     Actively looking for work     Medically Incapacitated     In Vocational/School Training     Preschool (3hr)

**FAMILY DEMOGRAPHICS**

Have you received Cash Aid (Welfare/TANF) within the last 2 years?  Yes     No

Are you currently participating in CalWORKs?  Yes     No

Were you referred by Child Protective Services (CPS)?  Yes     No

Do you or your spouse live or work on the Lemoore Naval Base?  Yes     No

Below are the cities where services are available, please circle the city or cities you would like to receive services from:

Armona            Lemoore            Avenal            Corcoran            Hanford            Kettleman City            Stratford

# KINGS COUNTY CENTRALIZED ELIGIBILITY LIST (CEL)

Aplicación de Elegibilidad para Ayuda Subvencionado

Envíe la aplicación a: Kings County CEL, KCAO 1130 N. 11th Avenue, Hanford, CA 93230 / Fax: (559) 582-4272

Tiene preguntas llame al: 559-415-7241 / correo electrónico: celinfo@kcao.org

Completando la aplicación de CEL, su nombre esta disponible a todos los programas estatales que proporcionan cuidado de niños y programas preescolares en el Condado de Kings. **Las aplicaciones incompletas no pueden ser procesadas. Puede llevar la aplicación a cualquier agencia participante mencionado atrás. Esta aplicación NO garantiza matriculación. Conteste por favor todas las preguntas.**

## INFORMACIÓN DEL PADRE 1

¿Ha aplicado usted al CEL antes?  Si  No

¿Es el padre biológico, el padrastro, padre adoptivo, padre de crianza, guardián legal, o cualquier otro adulto quién es responsable del cuidado o el bienestar del niño?  Si  No *Si contesto que NO, pare aquí.*

Estado Civil (marque uno):  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Enviudado  Viviendo juntos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro nombre que usa: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ CA Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

¿Razón para necesitar servicios? *Seleccione por favor todo que aplica.*

Trabajando  Buscando trabajo  Incapacitado  Entrenamiento Vocacional/Escuela  Preescolar de 3 horas

## INFORMACIÓN DEL PADRE 2

¿Cualquier otro adulto que vive en la casa?  Si  No, Brinque a Características Demográficas Familiares

¿Es esta persona el padre biológico, el padrastro, padre adoptivo, padre de crianza, guardián legal, o cualquier otro adulto quién es responsable del cuidado o el bienestar de cualquiera de sus niños?  Si  No

Nombre de otro adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro nombre que usa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

¿Razón porque necesita servicios? *Seleccione por favor todo que aplica.*

Trabajando  Activamente buscando trabajo  Incapacitado  Entrenamiento Vocacional/Escuela  Preescolar

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS FAMILIARES

¿Ha recibido Asistencia Monetaria (Welfare/TANF) dentro de los últimos 2 años?  Si  No

¿Esta actualmente usted participando en CalWORKs?  Si  No

¿Fue referido por Servicios de Protector de Niño (CPS)?  Si  No

¿Usted o su cónyuge vive o trabaja en el Base Naval de Lemoore?  Si  No

Abajo estan las ciudades donde servicios esta disponibles, circule por favor la ciudad/es donde prefiere recibir ayuda:

Armona

Lemoore

Avenal

Corcoran

Hanford

Kettleman City

Stratford

## MONTHLY INCOME

\*If your income is 0 please provide a statement in the "additional comments" section below as to how you support yourself and your family.

### PARENT 1 INCOME

Employment Earnings (gross, before taxes) <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Semi-monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly	Child Support Received	Cash Aid or Foster Payment	Supplemental Security Income (SSI)	Unemploymen t	Other Income (Please list income and type i.e. food stamps)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
If YOU PAY child support or alimony (Please list the monthly amount)	- \$		Total adjusted income: \$		

### PARENT 2 INCOME

Employment Earnings (gross, before taxes) <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Semi-monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly	Child Support Received	Cash Aid or Foster Payment	Supplemental Security Income (SSI)	Unemployment	Other Income (Please list income and type i.e. food stamps)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
If YOU PAY child support or alimony (Please list the monthly amount)	- \$		Total adjusted income: \$		

\* You will be asked for current pay stubs and other documentation to verify your income before your child can be enrolled in any state funded program. If your actual income differs from the amount reported above, it may change your eligibility for programs.

## EMPLOYMENT/SCHOOL INFORMATION

### PARENT 1

\_\_\_\_\_  
Employer/ School Name

\_\_\_\_\_  
Employer/ School Address

### PARENT 2

\_\_\_\_\_  
Employer/ School Name

\_\_\_\_\_  
Employer/ School Address

#### Work/ Vocational/School Training Schedule

	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su
From:							
To:							
Max hours worked a week:							
Hours needed for school/training:							

#### Work/ Vocational/School Training Schedule

	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su
From:							
To:							
Max hours worked a week:							
Hours needed for school/training:							

Additional Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INGRESOS MENSUALES

\*Si sus ingresos son 0 proporcione por favor una declaración en la sección “comentarios adicionales” debajo de en cuanto a cómo usted se mantiene y su familia.

### INGRESOS DE PADRE 1

Ganancias de empleo (en bruto, antes de los impuestos) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semanalmente	Manutención Recibido	Asistencia Monetaria/ Pagos de padres adoptivos	Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI)	Beneficios de Desempleo	Otro Ingreso (Liste, por ejemplo estampillas de comida)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Si PAGA manutención de hijos o pensión</b> (Liste por favor la cantidad mensual)	- \$		<b>Total ajusto de los ingresos: \$</b>		

### INGRESOS DE PADRE 2

Ganancias de empleo (en bruto, antes de los impuestos) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semanalmente	Manutención Recibido	Asistencia Monetaria/ Pagos de padres adoptivos	Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI)	Beneficios de Desempleo	Otro Ingreso (Liste, por ejemplo estampillas de comida)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Si PAGA manutención de hijos o pensión</b> (Liste por favor la cantidad mensual)	- \$		<b>Total ajusto de los ingresos: \$</b>		

\* Sera requerido proporcionar talones de cheques actuales y otra documentación para verificar sus ingresos antes que su niño pueda ser matriculado en cualquier programa estatal. Si su actual ingreso varia de la cantidad reportado arriba, puede que su elegibilidad para programas cambie.

## INFORMACIÓN de EMPLEO/ESCUELA

### PADRE 1

\_\_\_\_\_  
Empleador/ Nombre de Escuela

\_\_\_\_\_  
Empleador/ Dirección de Escuela

### PADRE 2

\_\_\_\_\_  
Empleador/ Nombre de Escuela

\_\_\_\_\_  
Empleador/ Dirección de Escuela

#### Horario de Trabajo/Entrenamiento Vocacional

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
De:							
A:							
Horas máximas trabajado por semana:							
Horas que necesita para la escuela:							

#### Horario de Trabajo/Entrenamiento Vocacional

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
De:							
A:							
Horas máximas trabajado por semana:							
Horas que necesita para la escuela:							

**Comentarios Adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CHILD (REN) INFORMATION** \*UNBORN CHILDREN MAY NOT BE PLACED ON THE CEL.

**CHILD 1**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
Schedule Requested:  (F/T) Full Time  (P/T) Part Time  Evening  Weekend  Overnight  
Program preference:  First available program  Center  Part-Day Preschool  Full-Day Preschool  Home Daycare  
Currently in subsidized care?  Yes  No *If yes, what program:* \_\_\_\_\_ Reason for re-applying: \_\_\_\_\_  
Special Needs?  Yes  No special Needs  IEP/IFSP  Other, please indicate: \_\_\_\_\_

**CHILD 2**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
Schedule Requested:  (F/T) Full Time  (P/T) Part Time  Evening  Weekend  Overnight  
Program preference:  First available program  Center  Part-Day Preschool  Full-Day Preschool  Home Daycare  
Currently in subsidized care?  Yes  No *If yes, what program:* \_\_\_\_\_ Reason for re-applying: \_\_\_\_\_  
Special Needs?  Yes  No special Needs  IEP/IFSP  Other, please indicate: \_\_\_\_\_

**CHILD 3**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
Schedule Requested:  (F/T) Full Time  (P/T) Part Time  Evening  Weekend  Overnight  
Program preference:  First available program  Center  Part-Day Preschool  Full-Day Preschool  Home Daycare  
Currently in subsidized care?  Yes  No *If yes, what program:* \_\_\_\_\_ Reason for re-applying: \_\_\_\_\_  
Special Needs?  Yes  No special Needs  IEP/IFSP  Other, please indicate: \_\_\_\_\_

**List CHILDREN who DO NOT Need Care**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ If already enrolled, program: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ If already enrolled, program: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ If already enrolled, program: \_\_\_\_\_

**APPLICATION CONSENT**

**By signing this application I acknowledge and grant permission for my application to be shared among participating agencies. I also declare that the above information is complete and true to the best of my knowledge. I understand that my eligibility is based upon information given here and that documentation will be required prior to enrollment. In order to remain active on the CEL, I must take immediate action to inform the CEL office of any changes to my address, phone numbers or income. This application is valid for 6 months; however, I understand that if I do not update this application within 6 months, my name will be removed from the list.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Please tell us how you heard about the CEL?** \_\_\_\_\_

**→ IMPORTANT CEL INFORMATION ON THE BACK, PLEASE READ →**

**INFORMACIÓN DE NIÑO/S****\*NIÑOS NO NACIDOS AUN NO PODRAN SE COLOCADOS EN EL CEL.****NIÑO 1**Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  FCuidado Pedido:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Después de la escuela  Fin de Semana  NochesPrograma Preferido:  Primer Programa Disponible  Centro  Preescolar (3 horas)  Cuidado Hogareño¿Actualmente recibe ayuda?  Si  No *Si, cual programa:* \_\_\_\_\_ Razón porque aplica otra vez: \_\_\_\_\_¿Necesidades Especiales?  Si  No, necesidad especial  IEP/IFSP  Otro, explique: \_\_\_\_\_**NIÑO 2**Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  FCuidado Pedido:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Después de la escuela  Fin de Semana  NochesPrograma Preferido:  Primer Programa Disponible  Centro  Preescolar (3 horas)  Cuidado Hogareño¿Actualmente recibe ayuda?  Si  No *Si, cual programa:* \_\_\_\_\_ Razón porque aplica otra vez: \_\_\_\_\_¿Necesidades Especiales?  Si  No, necesidad especial  IEP/IFSP  Otro, explique: \_\_\_\_\_**NIÑO 3**Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  FCuidado Pedido:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Después de la escuela  Fin de Semana  NochesPrograma Preferido:  Primer Programa Disponible  Centro  Preescolar (3 horas)  Cuidado Hogareño¿Actualmente recibe ayuda?  Si  No *Si, cual programa:* \_\_\_\_\_ Razón porque aplica otra vez: \_\_\_\_\_¿Necesidades Especiales?  Si  No, necesidad especial  IEP/IFSP  Otro, explique: \_\_\_\_\_**Liste a NIÑOS de quien NO Requiere Cuidado**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Ya esta en el programa? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Ya esta en el programa? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Ya esta en el programa? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE APLICACIÓN**

**Firmando esta aplicación yo reconozco y otorgo permiso para mi información sea compartido entre agencias participantes. Yo también declaro que la información antes mencionada es completa y verdadera según mis conocimientos. Comprendo que mi elegibilidad es basada sobre la información dada aquí y documentación será requerida antes de matriculación. Para quedarse activo en el CEL, yo debo tomar acción inmediata para informar la oficina de CEL de cualquier cambio a mi dirección, los números de teléfono o los ingresos. Esta aplicación es válida por 6 meses; sin embargo, yo comprendo que si yo no actualizo esta aplicación dentro de 6 meses, mi nombre será quitado de la lista.**

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

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

¿Por favor díganos cómo usted se enteró del CEL? \_\_\_\_\_

➔ INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL CEL, POR FAVOR DE LEER ➔

# KINGS COUNTY CENTRALIZED ELIGIBILITY LIST (CEL)

Eligibility Application for Subsidized Child Care and Preschool Programs

Depending on your circumstances, your child may be eligible for one or more of the following programs.

- **California Alternative Payment-** *Licensed or exempt providers, part-time, full-time, and evening, weekend and overnight care (birth -12 years).*
- **Center Based-** *Centers (Birth-12 years)*
- **3 hour part-day preschool enrichment**
- **Full-day preschool enrichment**
- **Head Start/ State Preschool Integrated**
- **Migrant and Seasonal Head Start/State Preschool Integrated-** *Child care for families with 51% or more of their income from agricultural work)*

The following are agencies that participate on the CEL. For more information about the services provided by each agency please call the phone number listed.

## CEL Participating Agencies

### CORCORAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

- \* Bret Harte State Preschool
- 559-992-8888x2220**

### EDUCARE SERVICES, INC.

- \* EduKids Preschool (Armona)
  - \* Hanford Learning Center
  - \* Kettleman Learning Center
- 559-228-3058**

### KINGS COUNTY OFFICE OF ED.

- \* Akers School (Naval Base)
  - \* Central/Stratford School (Lemoore)
- 559-925-2615**
- \* Kit Carson School (Hanford)
- 559-589-2667**

### KINGS COMMUNITY ACTION ORGANIZATION, INC.

- \* Avenal Head Start
- \* Child Enrichment Center (Hanford)
- \* Generations Center (Lemoore)
- \* Lee Richmond Preschool (Hanford)
- \* Oasis Opportunity Center (Avenal)
- \* Preston Green Learning Center (Hanford)
- \* California Alternative Payment (County Wide)
- \* Half and Full Day Options are available

**559-415-7241 or 559-582-4386**

### MANITAS DE AMOR

- \* State Preschool (Hanford)
- 559-582-1375**

### WEST HILLS COLLEGE

- \* Avenal Child Development
  - \* Avenal and Tamarack State Preschool
- 559-386-9306**
- \* Lemoore Child Development
- 559-925-3360**

When child care slots become available, the participating agencies must move quickly to serve families, so be prepared! Here are a few tips to be ready if you are called. Always keep your application updated. Make sure the CEL has a current phone number where you can be reached or where a message can be left. Return the call as soon as possible.

If you receive a call to be screened for enrollment, you will be required to provide:

- Documentation to prove income and family size
- Documentation to prove marital status or single parent status
- Documentation to prove relationship to child.

Aplicante, por favor  
de quedarse con  
esta pagina!

# KINGS COUNTY CENTRALIZED ELIGIBILITY LIST (CEL)

Eligibility Application for Subsidized Child Care and Preschool Programs

Aplicante, por favor  
de quedarse con  
esta pagina!

Dependiendo de sus circunstancias, su niño puede ser elegible para uno de los programas siguientes.

- **Pago Alternativo de California-** *Proveedoras con o sin licencia, medio tiempo, tiempo completo, tardes, fines de semana y cuidado de noche (0-12 años).*
- **Centros-** *Centros (0-5 años)*
- **Enriquecimiento Preescolar Medio-Tiempo (3 horas)**
- **Enriquecimiento Preescolar Tiempo Completo**
- **Head Start/ Preescolar Estatal Integrado**
- **Migrante y Temporadas Head Start/ Preescolar Estatal Integrado-** *Cuidado de niños para familias con 51% de ingresos proviene de trabajo de agricultura.*

Las siguientes agencias participan en el CEL. Para mas información sobre los servicios proporcionados por cada agencia puede llar al número de teléfono.

## Agencias Participantes de CEL

**CORCORAN UNIFIED  
SCHOOL DISTRICT**  
\* Bret Harte State Preschool  
**559-992-8888x2220**

**EDUCARE SERVICES, INC.**  
\* EduKids Preschool (Armona)  
\* Hanford Learning Center  
\* Kettleman City Learning Center  
**559-228-3058**

**KINGS COUNTY OFFICE OF ED.**  
\* Akers School (Naval Base)  
\* Central/Stratford School (Lemoore)  
**559-925-2615**  
\* Kit Carson School (Hanford)  
**559-589-2667**

**KINGS COMMUNITY ACTION ORGANIZATION, INC.**  
\* Avenal Head Start      \* Child Enrichment Center (Hanford)      \* Generations Center (Lemoore)  
\* Lee Richmond Preschool (Hanford)      \* Oasis Opportunity Center (Avenal)  
\* Preston Green Learning Center (Hanford)      \* California Alternative Payment (County Wide)  
\* Half and Full Day Options are available  
**559-415-7241 or 559-582-4386**

**MANITAS DE AMOR**  
\* State Preschool (Hanford)  
**559-582-1375**

**WEST HILLS COLLEGE**  
\* Avenal Child Development  
\* Avenal and Tamarack State Preschool  
**559-386-9306**  
\* Lemoore Child Development  
**559-925-3360**

¡Cuando espacios y fondos llegan a ser disponibles, las agencias que participan deben moverse a servir rápidamente a las familias, así que este preparado! Aquí están unos puntos para estar listo si lo llaman. Siempre mantenga su aplicación actualizado. Asegúrese de que el CEL tiene un número de teléfono actual donde usted puede ser contactado o donde un mensaje puede ser dejado. Regrese la llamada tan pronto como sea posible.

Si recibe una llamada para ser matriculada, será requerido a proporcionar:

- Documentación para demostrar los ingresos y tamaño de familia
- Documentación para demostrar estado civil o estatus de madre/padre soltera/o
- Documentación para demostrar relación al niño.