

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

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)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Si PAGA manutención de hijos o pensión (Liste por favor la cantidad mensual)	- \$		Total ajusto de los ingresos: \$		

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)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Si PAGA manutención de hijos o pensión (Liste por favor la cantidad mensual)	- \$		Total ajusto de los ingresos: \$		

* 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: _____

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

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.