

Esta es una solicitud para ingresar a la lista de elegibilidad del Programa de Pagos Alternativos de 4Cs para el cuidado infantil subsidiado del condado de San Mateo. Llame al (650) 517-1461 si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario. Entregue el formulario completo personalmente o por correo a 4Cs a nombre de: ACCESS, 330 Twin Dolphin Dr "119" Redwood City, CA 94065, o por fax al (650) 596-5103. 4cs compartirá su información con otros programas subsidiados en el condado de San Mateo si hay espacios disponibles. Usted debe de reportar cambios inmediatamente cuando sucedan porque los cambios a su información pueden afectar su prioridad para la inscripción.

Información de los padres

Correo Electrónico: _____

¿Como se entero de nosotros?

- ☐ La palabra de boca
- ☐ Referencia del condado
- ☐ Sitio web de 4Cs
- ☐ Evento comunitario
- ☐ Amigo o miembro de la familia
- ☐ Otra agencia de servicios
- ☐ A traves de un proveedor de cuidado infantil
- ☐ Redes sociales

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Estado civil

- ☐ Single
- ☐ Married
- ☐ Divorced
- ☐ Separated

Género

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Declined

Etnia

- ☐ Caucasian (Non-Hispanic)
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ Unknown/Decline to State

Relación con el/los niño(s)

- ☐ Mother
- ☐ Father
- ☐ Foster parent
- ☐ Grandparent
- ☐ Guardian
- ☐ Other _____
- ☐ Other Relative _____

Idioma de preferencia

- ☐ English
- ☐ Spanish
- ☐ Portuguese
- ☐ Mandarin

Idioma primario: _____

¿Actualmente se encuentra recibiendo ayuda monetaria o la ha recibido en los últimos 24 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

Motivo para necesitar cuidado infantil

- ☐ Búsqueda activa de empleo
- ☐ Educación o Entrenamiento
- ☐ Desactivado
- ☐ Servicios de protección
- ☐ Buscando vivienda permanente
- ☐ Laboral

Código postal del empleador primario: _____

Código postal de la escuela primaria: _____

Padre secundario

Correo Electrónico: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Estado civil

- ☐ Single
- ☐ Married
- ☐ Divorced
- ☐ Separated

Género

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Declined

Etnia

- ☐ Caucasian (Non-Hispanic)
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ Unknown/Decline to State

Relación con el/los niño(s)

- ☐ Mother
- ☐ Father
- ☐ Foster parent
- ☐ Grandparent
- ☐ Guardian
- ☐ Other _____
- ☐ Other Relative _____

Idioma de preferencia

- ☐ English
- ☐ Spanish
- ☐ Portuguese
- ☐ Mandarin

Idioma primario: _____

Motivo para necesitar cuidado infantil

- ☐ Búsqueda activa de empleo
- ☐ Educación o Entrenamiento
- ☐ Desactivado
- ☐ Servicios de protección
- ☐ Buscando vivienda permanente
- ☐ Laboral

Código postal del empleador primario: _____

Código postal de la escuela primaria: _____

Información de niños (1)

¿Este niño/a necesita cuidado de niños?

- ☐ Sí
- ☐ No

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Género

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Declined

Etnia

- ☐ Caucasian (Non-Hispanic)
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ Unknown/Decline to State

Necesidad Especial

- ☐ Behavioral/Emotional/Psychological
- ☐ Special Health/Medical Needs
- ☐ Communication/Language
- ☐ Physical Disability
- ☐ Visual/Hearing
- ☐ Development Delays
- ☐ Developmental Disability
- ☐ Learning Disability
- ☐ Requires Special Equipment, Dietary or Med. Needs
- ☐ Other Illness or Disorder
- ☐ Individualized Education Program (IEP)

Niño adoptivo

- ☐ Sí
- ☐ No

Información de niños (2)

¿Este niño/a necesita cuidado de niños?

- ☐ Sí
- ☐ No

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Género

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Declined

Etnia

- ☐ Caucasian (Non-Hispanic)
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ Unknown/Decline to State

Necesidad Especial

- ☐ Behavioral/Emotional/Psychological
- ☐ Special Health/Medical Needs
- ☐ Communication/Language
- ☐ Physical Disability
- ☐ Visual/Hearing
- ☐ Development Delays
- ☐ Developmental Disability
- ☐ Learning Disability
- ☐ Requires Special Equipment, Dietary or Med. Needs
- ☐ Other Illness or Disorder
- ☐ Individualized Education Program (IEP)

Niño adoptivo

- ☐ Sí
- ☐ No

Información de niños

¿Este niño/a necesita cuidado de niños?

- ☐ Sí
- ☐ No

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Género

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Declined

Etnia

- ☐ Caucasian (Non-Hispanic)
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ Unknown/Decline to State

Necesidad Especial

- ☐ Behavioral/Emotional/Psychological
- ☐ Special Health/Medical Needs
- ☐ Communication/Language
- ☐ Physical Disability
- ☐ Visual/Hearing
- ☐ Development Delays
- ☐ Developmental Disability
- ☐ Learning Disability
- ☐ Requires Special Equipment, Dietary or Med. Needs
- ☐ Other Illness or Disorder
- ☐ Individualized Education Program (IEP)

Niño adoptivo

- ☐ Sí
- ☐ No

Cantidad de ingresos

Fuente de ingreso	Ingreso Mensual
☐ Employment or Self-Employment	
☐ Cash Aid (CalWORKS or TANF	
☐ Alimony or Child Support	
☐ Disability or Unemployment	
☐ Survivor and Retirement Benefits	
☐ Workers Compensation	
☐ Inheritance	
☐ Dividends, Interest, Estate Income, Royalties	
☐ Rental Income	
☐ Veterans pension	
☐ Pension or Annuities	
☐ Adoption Subsidies Military Pay and Allowances (including BAH)	
☐ Student Financial Aid for Living Costs ONLY	
☐ Foster Grants	
☐ Other Countable: _____	
☐ Other Countable: _____	
☐ Other Countable: _____	
☐ Other Countable _____	
☐ SSI (NONCOUNTABLE)	

Certifico bajo penalidad por perjurio que en mi opinión la información dada más arriba es verdadera y correcta, y 4cs compartirá mi información con otros programas subsidiados en el condado de San Mateo si hay espacios disponibles

Padre/madre principal: _____ Fecha:: _____