

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

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)

Género

- Hombre
- Mujer
- Rechazado(a)

Etnia

- Caucasico(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiatico(a)
- Afroamericano(a)
- Hispano(a) o Latino(a)
- Nativo Hawaiano o Isleno del pacifico
- Desconocido(a)/negarse a declarar

Relación con el/los niño(s)

- Madre
- Padre
- Padre/madre adoptivo
- Abuelo(a)
- Tutor
- Otro_____
- Otro pariente_____

Idioma de preferencia

- Ingles
- Espanol
- Portugues
- 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

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)

Género

- Hombre
- Mujer
- Rechazado(a)

Etnia

- Caucasico(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiatico(a)
- Afroamericano(a)
- Hispano(a) o Latino(a)
- Nativo Hawaiano o Isleno del pacifico
- Desconocido(a)/negarse a declarar

Relación con el/los niño(s)

- Madre
- Padre
- Padre/madre adoptivo
- Abuelo(a)
- Tutor
- Otro_____
- Otro pariente_____

Idioma de preferencia

- Ingles
- Espanol
- Portugues
- 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

- Hombre
- Mujer
- Rechazado(a)

Etnia

- Caucasico(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiatico(a)
- Afroamericano(a)
- Hispano(a) o Latino(a)
- Nativo Hawaiano o Isleno del pacifico
- Desconocido(a)/negarse a declarar

Necesidad Especial

- Conductual/Emocional/Psicologico
- Necesidades medicas/de salud especiales
- Comunicacion/Lenguaje
- Discapacidad fisica
- Visual/Auditivo
- Retrasos de desarrollo
- Discapacidad del desarrollo
- Discapacidad de aprendizaje
- Requiere equipo especial, necesidades dieticas/med
- Otra enfermedad o trastorno
- Plan de educacion individualizado (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

- Hombre
- Mujer
- Rechazado(a)

Etnia

- Caucasico(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiatico(a)
- Afroamericano(a)
- Hispano(a) o Latino(a)
- Nativo Hawaiano o Isleno del pacifico
- Desconocido(a)/negarse a declarar

Necesidad Especial

- Conductual/Emocional/Psicologico
- Necesidades medicas/de salud especiales
- Comunicacion/Lenguaje
- Discapacidad fisica
- Visual/Auditivo
- Retrasos de desarrollo
- Discapacidad del desarrollo
- Discapacidad de aprendizaje
- Requiere equipo especial, necesidades dieticas/med
- Otra enfermedad o trastorno
- Plan de educacion individualizado (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

- Hombre
- Mujer
- Rechazado(a)

Etnia

- Caucasico(a)
- Nativo(a) Americano(a)
- Asiatico(a)
- Afroamericano(a)
- Hispano(a) o Latino(a)
- Nativo Hawaiano o Isleno del pacifico
- Desconocido(a)/negarse a declarar

Necesidad Especial

- Conductual/Emocional/Psicologico
- Necesidades medicas/de salud especiales
- Comunicacion/Lenguaje
- Discapacidad fisica
- Visual/Auditivo
- Retrasos de desarrollo
- Discapacidad del desarrollo
- Discapacidad de aprendizaje
- Requiere equipo especial, necesidades dieticas/med
- Otra enfermedad o trastorno
- Plan de educacion individualizado (IEP)

Niño adoptivo

- Sí
- No

Cantidad de ingresos (Padre/madre principal)

Fuente de ingreso	Ingreso Mensual
<input type="checkbox"/> Empleo o trabajo por cuenta propia	
<input type="checkbox"/> Ayuda del condado (CalWORKS o TANF)	
<input type="checkbox"/> Pension Alimenticia o Manutencion	
<input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad o desempleo	
<input type="checkbox"/> Beneficios sobrevivientes/Beneficio jubilacion	
<input type="checkbox"/> Compensacion de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Herencia	
<input type="checkbox"/> Dividendo, Intereses, Ingresos patrimoniales	
<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler	
<input type="checkbox"/> Pension de veteranos	
<input type="checkbox"/> Pension o anualidades	
<input type="checkbox"/> Subsidios de adopcion	
<input type="checkbox"/> Pago militar y asignaciones	
<input type="checkbox"/> Ayuda financiera para estudiantes	
<input type="checkbox"/> Becas de crianza	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario	

Cantidad de ingresos (Padre/madre secundario)

Fuente de ingreso	Ingreso Mensual
<input type="checkbox"/> Empleo o trabajo por cuenta propia	
<input type="checkbox"/> Ayuda del condado (CalWORKS o TANF)	
<input type="checkbox"/> Pension Alimenticia o Manutencion	
<input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad o desempleo	
<input type="checkbox"/> Beneficios sobrevivientes/Beneficio jubilacion	
<input type="checkbox"/> Compensacion de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Herencia	
<input type="checkbox"/> Dividendo, Intereses, Ingresos patrimoniales	
<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler	
<input type="checkbox"/> Pension de veteranos	
<input type="checkbox"/> Pension o anualidades	
<input type="checkbox"/> Subsidios de adopcion	
<input type="checkbox"/> Pago militar y asignaciones	
<input type="checkbox"/> Ayuda financiera para estudiantes	
<input type="checkbox"/> Becas de crianza	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos contables: _____	
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario	

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: _____