



# Lista de Elegibilidad de Cuidado de Niños

Esta usted recibiendo beneficios de asistencia pública  Sí  No  
 Si recibe beneficios de asistencia pública (cantidad mensual)  
 \$ \_\_\_\_\_

Usted (padre/madre) ha recibido asistencia pública  Sí  No  
 En que Condado recibió la asistencia pública: \_\_\_\_\_

¿Cómo escucho del programa de subsidio? \_\_\_\_\_  
 ¿Usted hablo con alguien cuando escucho del programa de subsidio?  
 Sí  No ¿con quién? \_\_\_\_\_

## I. INFORMACIÓN DE PADRES:

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR A:		NOMBRE DEL PADRE/TUTOR B:	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Código Postal:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono:		Teléfono:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social #		Seguro Social #	
Padre de Crianza/Tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Padre de Crianza/Tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

## II. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y NECESIDAD: (Circule lo que aplique)

NOMBRE DE/DEL PADRE A:		NOMBRE DE/DEL PADRE B:	
Trabaja. <input type="checkbox"/> Sí o No	Buscando empleo <input type="checkbox"/> Sí o No	Trabaja. <input type="checkbox"/> Sí o No	Buscando empleo <input type="checkbox"/> Sí o No
Nombre de la compañía y código postal		Nombre de la compañía y código postal	
Horas por semana:	\$ _____ por hora	Horas por semana:	\$ _____ por hora
Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Sí o No	# Unidades	Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Sí o No	# Unidades
Nombre de la Escuela y código postal		Nombre de la Escuela y código postal	
Incapacitado <input type="checkbox"/> Sí o No		Incapacitado <input type="checkbox"/> Sí o No	
Duración de la incapacidad _____		Duración de la incapacidad _____	

## III. INFORMACIÓN DE SU(S) HIJO(S)/HIJA(S):

Nombre legal del niño/niña	Fecha de nacimiento	Sexo	Manutención de hijo(s)
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### Para Uso Exclusivo del Contra Costa Child Care Council / For Office Use Only

Staff member verifying Clearance \_\_\_\_\_  
 Name of County worker \_\_\_\_\_  
 Last day **parent** received Cash Aid \_\_\_\_\_  
 Date clearance was obtained \_\_\_\_\_