

# Lista Central de Elegibilidad

La Lista Central de Elegibilidad (*Centralized Eligibility List - CEL*) es una lista de familias que solicitan asistencia económica para los gastos del cuidado infantil, en el Condado de Solano. Es posible que cualquier programa de servicios de cuidado infantil, en el Condado de Solano, que reciba fondos del Departamento de Educación de California (*California Department of Education - CDE*) o cualquier programa estatal de servicios para niños de bajos recursos en edad preescolar, conocido en inglés como *Head Start*, llamen a las familias de esta lista, para ofrecerles servicios de cuidado infantil sin costo alguno o a bajo costo.

Al incluir su nombre en la lista de elegibilidad, es posible que los programas que presten sus servicios en todo el Condado, los programas que presten sus servicios a grupos de edades específicas o los programas que presten sus servicios en la(s) escuela(s) primaria(s) de su(s) hijo(a)(s) le consideren a usted para su inscripción en los mismos. Cualquier programa que reciba fondos del Departamento de Educación de California, que opere en el Condado de Solano, podrá ver la información acerca de usted y de su familia.

Si usted tiene niños menores de 13 años de edad, está trabajando, está inscrito(a) en alguna escuela o en algún programa de entrenamiento y los ingresos mensuales brutos de su familia son menos del 75%, de los Ingresos Medios del Estado, es posible que usted llene los requisitos para recibir asistencia económica para los servicios de cuidado infantil.

**Envíe su formulario completo a:** Solano Family and Children Services  
421 Executive Court North, Fairfield, CA 94534 | teléfono: (707) 864-4640 | facsímil (707) 863-3976

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE SOLICITANTE

Nombre del/de la solicitante \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido materno/Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio Residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Domicilio Postal (si es distinto) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono del domicilio \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamarle \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/para dejarle recado \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (E-mail) \_\_\_\_\_  
¿Es usted el padre/la madre, el/la abuelo(a) o el/la tutor(a) legal de uno o más de uno de los niños?  Sí  No  
¿Está usted casado(a), y viviendo actualmente con su esposa(o)?  Sí  No  
¿Está el segundo padre, de por lo menos uno de los niños, viviendo en el hogar?  Sí  No

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO PADRE

**ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR, SOLAMENTE SI EL SEGUNDO PADRE RESIDE ACTUALMENTE EN EL HOGAR.**

Nombre del segundo padre \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido materno/Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Sexo  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/para dejarle recado \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (E-mail) \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE CUIDADO

- ¿Está la familia sin hogar?  Sí  No
- ¿Le envió a servicios la agencia de Servicios de Protección Infantil (*Children Protective Services - CPS*)?  Sí  No  
[Es posible que un(a) trabajador(a) social de CPS envíe a servicios a los niños que estén recibiendo servicios de CPS, y que requieran cuidado infantil, como parte del plan de un caso de CPS.]
- ¿Le interesa que su hijo(a) de 3 a 5 años asista a un programa preescolar educativo, parte del día?  Sí  No
- ¿Por qué necesita usted servicios? (*marque todos lo que sean pertinentes*)

**Solicitante:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS

**Segundo Padre:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  CPS

## Información sobre el empleo del/de la solicitante (si está trabajando actualmente)

	Aspirante	Segundo Padre
Nombre del/de la empleador(a):	_____	_____
Código postal del/de la empleador(a):	_____	_____
Teléfono/Extensión:	_____	_____
Número de horas trabajadas a la semana:	_____ A la semana	_____ A la semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____

## Información sobre la escuela/el entrenamiento del/de la solicitante (si asiste a la escuela/entrenamiento actualmente)

	Aspirante	Segundo Padre
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Horas medias de actividad a la semana:	_____	_____

