



Lista de Elegibilidad Para Cuidado De Niños

La Lista de Elegibilidad Para Cuidado de Niños es una lista de familias que necesitan asistencia económica para los gastos del cuidado de niños en los Condados de Nevada y Sierra.

Al colocar su nombre en la lista de elegibilidad, usted puede ser considerado para la inscripción en los programas administrados por el Servicio para Niños de Sierra Nevada.

Si está trabajando, matriculado en la escuela, o en un programa de entrenamiento, y el ingreso mensual bruto de su familia cumple con los requisitos de elegibilidad, usted puede ser elegible para recibir asistencia de cuidado de niños.

Mande la forma completa a:

Sierra Nevada Children's Services
420 Sierra College Drive, Suite 100
Grass Valley, CA 95945
Phone: 530-272-8866 Fax: 530-272-1354 Email: info@SNCS.org

Nombre del/de la Solicitante:		
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección postal:	Ciudad:	Código Postal:
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:
Número teléfono: Llame a este número primero	Número Secundario: Llame a este número primero	
Correo Electrónico:		
<input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando Casa Permanente <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica		
POR FAVOR INGRESE IDIOMA PREFERIDA:		
Tipo de Familia: <input type="checkbox"/> Natural/Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Substituto		
NOTE: Si necesita servicios para ambos Natural/Adoptivo, Tutor Legal/Padre Substituto, por favor presente solicitudes separadas.		
Segundo Padre		
Información del segundo padre/madre: <i>Complete solamente si padre/madre vive en el hogar.</i>		
Nombre:		
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	
Número teléfono:	Número Secundario:	
<input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando Casa Permanente <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica		
Cliente Actual de SNCS :		
Buscando programa de transferencia a: <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> CFCC <input type="checkbox"/> Adición de un niño		
Información de Hijos		
1. Hijos: Por favor incluya a todos los niños que viven en el hogar menores de 18 años de edad		
Nombre:		
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		
2. Hijo(a):		
Nombre:		
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		

3. Hijo(a):			
Nombre:			
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:	
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP			
4. Hijo(a):			
Nombre:			
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:	
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP			
5. Hijo(a):			
Nombre:			
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:	
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP			
6. Hijo(a):			
Nombre:			
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Proveedor de niños actual:	
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Referencia por fax de CPS) <input type="checkbox"/> En Riesgo (Referencia por fax de Lic. Prof.) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP			
Ingreso combinado			
¿Actualmente recibe asistencia en efectivo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
¿Ha recibido ayuda en efectivo en California? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, el condado más reciente donde recibido ayuda en efectivo:			Fecha que termino:
Tipos de Ingreso:		Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):	
Salarios, sueldos, avances, comisiones, horas extras, bonificaciones, consejos		\$	
Ingreso bruto de autoempleo menos gastos con excepción de salarios a su mismo		\$	
Ganancias de juegos de azar o lotería		\$	
Asistencia pública en efectivo:	Solo para niños	Para la familia	Comida
Manutención para hijos y marido(a)		\$	
Compensación por desempleo, de la discapacidad o del trabajador		\$	
Beneficios de sobreviviente o de jubilación		\$	
Alquiler de habitaciones en residencia de la familia – PAGADO A USTED		\$	
Ayudas de cuidado de crianza, pagos o franquicia de ropa para niños a través de servicios de bienestar infantil		\$	
Ayuda financiera recibida para el cuidado de un niño que vive con un adulto que no es padre biológico o adoptivo		\$	
Pensión de los veteranos		\$	
Pensiones o anualidades		\$	
Subsidios para vivienda o automóviles como parte de la indemnización		\$	
Porción de estudiantes becas o becas no identificadas para fines educativos tales como matrícula, libros o provisiones		\$	
Asentamientos seguros o corte de salarios perdidos o daños punitivos		\$	
Recaudación de la venta de bienes raíces, inmuebles, acciones o propiedad heredada		\$	
Otra empresa, por ganancia		\$	
Ajustes de ingresos:			
Manutención pagada para hijos		\$	
¿Cómo se enteró acerca de nosotros? <input type="checkbox"/> De un amigo o miembro <input type="checkbox"/> Sitio web de Sierra Nevada Children's Services (SNCS)			
<input type="checkbox"/> Referencia de otra Agencia _____ (nombre) <input type="checkbox"/> En el Radio _____ (¿Cual Estación?)			
<input type="checkbox"/> Anuncio _____ (Donde?) <input type="checkbox"/> Otro: _____ (por favor explique)			