

Waiting List for Subsidized* Childcare and Preschool

1400 W. Stanford Ranch Road, Rocklin, CA 95765 • P: 530.745.1380 • F: 888.293.1613 • www.placercoe.org

Have you been impacted by the 2025 LA Fires? _____

Are you participating in CalWORKs and receiving cash aid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you received CalWORKs cash aid in the last 24 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, cash aid end date: _____
---	--

Primary Parent/Guardian

First Name:	Last Name:
Primary Phone:	Alternate Phone:
Relationship: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other:	
Is There a Second Parent/Adult Living in the Home? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If Yes, Name: _____	
English Speaking: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO – Preferred Language: _____ Primary Language Spoken in the Home: _____	
Family Ethnicity (check all that apply): <input type="checkbox"/> Caucasian (Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown / Decline to State <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander	
Email Address: _____	
Mailing Address:	City: _____ Zip Code: _____
Physical Street Address:	City: _____ Zip Code: _____
Are You (check all that apply): <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> In School or Training <input type="checkbox"/> Actively Seeking Employment <input type="checkbox"/> State Preschool <u>ONLY</u> <input type="checkbox"/> Seeking Permanent Housing <input type="checkbox"/> Under Child Protective Services	
Is Your Family in a Temporary Housing Situation or Homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

Child Information (List All Children in the Home Under the Age of 18)

First Name:	Last Name:	Date of Birth	Does Child Have an IEP/IFSP	Foster Child	School Attending
			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

Family Size/Income

Family Size: _____	Total Monthly Family Income: \$ _____	Income includes: Gross Monthly Wages, Child Support, CalWORKs Payment, Spousal Support (alimony), Unemployment, Student Financial Aid, SS/DS-Disability, SS/RE-Retirement, SS/SU-Survivor Benefit, etc. (add all before taxes/deductions).
--------------------	---------------------------------------	---

Government Programs	Is anyone in your family currently receiving any of the following services? Medi-Cal, CalFresh, California Food Assistance Program (CFAP), California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), Head Start, Early Head Start? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If yes, what was the income amount reported on the application for the services listed? _____
----------------------------	--	---

***Subsidized Means That Some or All of Your Payments May be Covered Depending on Income.
Please Note That We Will Verify 30 Days-Worth of Income at the Time of Enrollment to Determine Current Enrollment.**

For Office Use Only:	Date Entered Into E-List: _____	Rank: _____	E-List ID#: _____	Initials: _____
-----------------------------	---------------------------------	-------------	-------------------	-----------------

Lista de Espera para el Cuidado Infantil y Preescolar Subvencionado*

1400 W. Stanford Ranch Road, Rocklin, CA 95765 • P: 530.745.1380 • F: 888.293.1613 • www.placercoe.org

Se ha visto afectado por los incendios de Los Ángeles de 2025? _____

¿Está usted participando en los Servicios de CalWORKs y recibiendo ayuda en efectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ha recibido usted la ayuda en efectivo (Cash Aid) en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, fecha de terminación de la ayuda en efectivo: _____
---	--

Padre/Tutor Principal

Nombre:	Apellido:									
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:									
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro:										
¿Hay Segundo Padre/Adulto Viviendo en la Casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Si es así, como se llama?:										
Se habla inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Idioma Preferida: _____ Idioma principal que se habla en el hogar: _____										
Etnicidad de la familia (marque todas las que correspondan): <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caucásico (no hispano)</td> <td><input type="checkbox"/> Asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Desconocido / Se niega a declarar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</td> <td><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hispano o latino</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Caucásico (no hispano)	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido / Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Caucásico (no hispano)	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido / Se niega a declarar								
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska									
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico									
Dirección de Correo Electrónico: _____										
Dirección donde se recibe el correo:	Ciudad: _____ Código postal: _____									
Dirección de la Casa:	Ciudad: _____ Código postal: _____									
¿Está Usted? (marque todo que le corresponde):	<input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela o el entrenamiento <input type="checkbox"/> Activamente Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal SOLAMENTE <input type="checkbox"/> Buscando una Vivienda Permanente <input type="checkbox"/> Bajo los Servicios de Protección de Niño									
¿Está la familia suya en una situación de viviendo temporal o sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO										

Información del Niño (Mencione todos los niños en la casa que tienen menos de 18 años)

Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento	¿Tiene el niño un IEP/IFSP?	Niño de Acogida	Escuela a la que Asiste
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Tamaño Familiar/Ingresos

Tamaño de la Familia: _____	Total de los Ingresos Mensuales de la Familia: \$ _____	Los Ingresos Incluyen: Sueldo Mensual, Cuota Alimentaria (pagada o recibida), Pagos de CalWORKS, Pensión Conyugal, Beneficios de Desempleo, Ayuda Económica para los Estudiantes, SS/DS-Pensión por Discapacidad, SS/RE-Pensión de Jubilación, SS/SU-Beneficios de Supérstite, (suma de todo antes de los impuestos/deducciones)
-----------------------------	---	--

Programas Gubernamentales	¿Alguien de su familia recibe actualmente alguno de los siguientes servicios? ¿Medi-Cal, CalFresh, Programa de Asistencia Alimentaria de California (CFAP), Programa Especial de Nutrición Suplementaria de California para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Head Start, Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es si, ¿cuál fue la cantidad total de ingresos que reporto en la solicitud para los servicios mencionados. _____
----------------------------------	---	--

***Subvencionado significa que parte o todo de los pagos puede ser cubierto dependiendo de los ingresos. Favor de Notar que Vamos a Verificar 30 Días de Ingresos al Momento de Inscripción. Para Determinar su Posición Actual.**

For Office Use Only:	Date Entered Into E-List:	Rank:	E-List ID#:	Initials:
-----------------------------	---------------------------	-------	-------------	-----------