

Waiting List for Subsidized* Child Care and Preschool

Date Received:

Are you participating in CalWORKS/Employment Services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Have you received Cash Aid? <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:	
English Speaking: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Preferred Language:	
Email Address:	
Mailing Address:	
Physical Address:	
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"/> Seeking Permanent Housing <input type="checkbox"/> Under Child Protective Services	
Is There a Second Parent/Adult Living in the Home? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If Yes, Name:	

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	

Is Your Family in a Temporary Housing Situation or Homeless? YES NO

Family Size/Income

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

***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 Elist:	Rank:
-----------------------------------------------	-------

Lista de Espera para el Cuidado Infantil y Preescolar Subvencionado*

Date Received:

¿Está usted participando en los Servicios de CalWORKS/Empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ha recibido usted la ayuda en efectivo (Cash Aid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 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:	
Se habla inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Idioma Preferida:	
Dirección de Correo Electrónico:	
Dirección donde se recibe el correo:	
Dirección de la Casa:	
¿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"/> Buscando una Vivienda Permanente <input type="checkbox"/> Bajo los Servicios de Protección de Niño	
¿Hay Segundo Padre/Adulto Viviendo en la Casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Si es asi, como se llama?:	

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	

¿Está la familia suya en una situación de viviendo temporal o sin hogar? Sí 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)
--------------------------------	------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***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 Elist:	Rank:
----------------------	--------------------------	-------