Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (Los Angeles Centralized Eligibility List)

Un Programa del Comité de planificación de cuidado infantil del condado de Los Ángeles

Formulario de registro

Introducción

El Comité de planificación de cuidado infantil del condado de los Ángeles (CCPC, por sus siglas en inglés), creó la Lista centralizada de elegibilidad de Los Ángeles (LACEL, por sus siglas en inglés) para ayudar a conectar a las familias de bajos recursos con subsidios de cuidado y desarrollo infantil a medida que aumenta la disponibilidad de espacios y financiamiento para el cuidado y desarrollo infantil subsidiado. Al llenar este formulario, usted se estará registrando en la LACEL. La información que proporcione en este formulario ayudará a determinar su elegibilidad para recibir subsidio de cuidado infantil. El registro en la LACEL permite que un programa de cuidado y desarrollo infantil se comunique con usted si y cuando hubiera disponibilidad de espacio para el cuidado infantil subsidiado. En ese momento, el personal del programa verificará la información que usted proporcionó en este formulario para asegurarse de que usted es elegible antes de invitarlo a que inscriba a su hijo. Toda la información se maneja de forma confidencial.

Para obtener más información sobre la LACEL, comuníquese con la Oficina de cuidado infantil de Los Ángeles al (213) 974-1664 o visite el sitio Web en www.childcare.lacounty.gov.

LLENE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO		**Fecha de solicitud:**
Información del padre/tutor No. 1		
Apellido:	Primer nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo/otro:	Idioma materno:
Nombre del empleador/escuela:		Código postal de trabajo /escuela:
Indique si su hogar es una o Familia con 1 padre/madre o Familia con dos padres		
Información del padre/tutor No. 2 *(Llenar únicamente si hay otro padre/tutor que vive en la misma casa).*		
Apellido:	Primer nombre:	
Nombre del empleador/escuela:	Código postal de trabajo /escuela:	Teléfono de trabajo/otro:

Razón de la necesidad de cuidado infantil *(Marque todas las que aplican).*		
	Padre/tutor No. 1	**Padre/tutor No. 2**
Trabaja	o	o
Asiste a la escuela o está en capacitación laboral	o	o
Médicamente discapacitado/inválido	o	o
En busca de trabajo	o	o
Sin hogar/en busca de vivienda	o	o
Trabajador migrante	o	o
Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño	o	o

Participación en CalWORKs *(Ayuda financiera)*		
¿Recibe actualmente ayuda financiera? o Sí o No	Si **NO**, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? o Sí o No	Si su respuesta es **SÍ**, anote la última fecha del pago de ayuda financiera _____/_____/_____

Ingresos mensuales y fuentes *(Ingrese total de dólares, antes de impuestos y deducciones, para cada fuente de ingresos de padres/tutores en el hogar).*

	Padre/tutor #1	Padre/tutor No. 2
Trabajo/empleo	$	$
Pensión alimentaria para hijos	$	$
Pensión alimentaria para cónyuge	$	$
Discapacidad estatal	$	$
Beneficios por desempleo	$	$
Comisiones por ventas/trabajo	$	$
Ayuda financiera (CalWORKs)	$	$
Compensación al trabajador	$	$
Seguro social	$	$
SSI/SSP	$	$
Otro (explique):	$	$

Hijos que viven en el hogar (Todos los hijos menores de 18 años de edad que son miembros de la familia. Agregue una hoja adicional, de ser necesario).

Nombre y apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Marque sólo si se necesita cuidado infantil		
			Tiempo completo	Medio tiempo	Tardes/ fines de semana
1.	F M		o	o	o
2.	F M		o	o	o
3.	F M		o	o	o

Pagos por cuidado temporal como padres a niños

¿Recibe usted actualmente pagos por cuidado adoptivo temporal por alguno de los niños que aparecen arriba? Marque cuál niño y anote la cantidad mensual.

o Hijo No. 1 $_____ | o Hijo No. 2 $_____ | o Hijo No. 3 $_____

Necesidades especiales *(Marque todas las que aplican).*

	Hijo No. 1	Hijo No. 2	Hijo No. 3
Servicios de protección a niños	o	o	o
El niño tiene IFSP (Plan individual de servicios para la familia) o IEP (Plan individual de educación)	o	o	o
El niño recibe servicios a través del Centro regional o el Distrito escolar local	o	o	o
Comportamiento /emocional social	o	o	o
Problemas de salud continuos	o	o	o
Retrasos del desarrollo	o	o	o
Habla/comunicación	o	o	o
Visión o audición	o	o	o
Otro *(por favor explique):*	o	o	o

Ubicación o programa preferido *(Escriba a continuación su código postal de preferencia, si es distinto al del hogar o lugar de trabajo. Puede anotar el nombre del programa de su preferencia para su hijo).*

Hijo No. 1	Código postal:	Nombre del programa/agencia:
Hijo No. 2	Código postal:	Nombre del programa/agencia:
Hijo No. 3	Código postal:	Nombre del programa/agencia:

Hijos en edad escolar *(Llenar sólo para los hijos en edad escolar).*

Hijo No. 1	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar:
Hijo No. 2	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar:
Hijo No. 3	Grado:	Nombre de la escuela/Distrito escolar: