



Solicitud de Ayuda con la elegibilidad y servicios de apoyo para el cuidado infantil (ACCESS)

Esta es una solicitud para ingresar a la lista de elegibilidad del Programa de Pagos Alternativos de 4Cs para el cuidado infantil subsidiado del condado de San Mateo. Llame al (650) 517-1461 si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario. Entregue el formulario completo personalmente o por correo a 4Cs a nombre de: ACCESS, 330 Twin Dolphin Dr "119" Redwood City, CA 94065, o por fax al (650) 596-5103. 4cs compartirá su información con otros programas subsidiados en el condado de San Mateo si hay espacios disponibles. Usted debe de reportar cambios inmediatamente cuando sucedan porque los cambios a su información pueden afectar su prioridad para la inscripción.

Padre/madre principal, guardián: Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/madre secundario, guardián (si vive en la casa): Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____

Dirección casa: _____ N.º del apartamento: _____ Ciudad: _____ Cód. postal (Zip): _____

Dirección postal: _____ N.º del apartamento: _____ Ciudad: _____ Código postal (Zip): _____

Teléfono en casa: _____ Otro teléfono: _____

Principal idioma que hablan en casa: Inglés Español Otro (indique cuál) _____

Número de adultos en la casa con parentesco sanguíneo, por matrimonio o por adopción con los niños: ____ Escriba el nombre de estos adultos y la relación de ellos con sus hijos.

¿Ha recibido ayudas en efectivo de CalWORKs en los últimos 2 años? Sí No

Escriba los datos de todos sus hijos menores de 18 que vivan en la casa:

Nombre del hijo 1: _____ Apellido: _____ Fecha de nac. _____ ¿Necesita cuidado infantil? Sí No

Nombre del hijo 2: _____ Apellido: _____ Fecha de nac. _____ ¿Necesita cuidado infantil? Sí No

Nombre del hijo 3: _____ Apellido: _____ Fecha de nac. _____ ¿Necesita cuidado infantil? Sí No

Nombre del hijo 4: _____ Apellido: _____ Fecha de nac. _____ ¿Necesita cuidado infantil? Sí No

Nombre del hijo 5: _____ Apellido: _____ Fecha de nac. _____ ¿Necesita cuidado infantil? Sí No

¿Tiene alguno de estos niños un plan educacional individualizado (IEP) o plan de servicios familiares individualizado (IFSP)? Sí No En caso afirmativo, indique el nombre del niño: _____

¿Existe un caso abierto de los Servicios de Protección al Menor (CPS) para su familia? Sí No

PADRES FOSTER/GUARDIANES QUE NO SON LOS PADRES BIOLÓGICOS/ADOPTIVOS: Indique los ingresos mensuales que recibe por los niños (ayudas en efectivo, subsidio de menores, SSA, etc.) _____. No ingrese ningún otro tipo de ingresos aquí abajo.

Salarios del padre/madre principal **antes** de quitar impuestos/deducciones: \$ _____

¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad? Semanalmente Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensualmente

Indique en los siguientes espacios las cantidades mensuales por los siguientes tipos de ingresos: Compensación por discapacidad o desempleo: \$ _____

Subsidio de menores: \$ _____ Seguridad social, beneficios de retiro o de sobreviviente: \$ _____ Ayuda en efectivo (CalWORKS) \$ _____

Cualquier otro ingreso (explicar): _____

Salarios del padre/madre secundario **antes** de quitar impuestos/deducciones: \$ _____

¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad? Semanalmente Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensualmente

Indique en los siguientes espacios las cantidades mensuales por los siguientes tipos de ingresos: Compensación por discapacidad o desempleo: \$ _____

Subsidio de menores: \$ _____ Seguridad social, beneficios de retiro o de sobreviviente: \$ _____ Ayuda en efectivo (CalWORKS) \$ _____

Cualquier otro ingreso (explicar): _____

No hay ingresos familiares (indique cómo la familia satisface sus necesidades) _____

Certifico bajo penalidad por perjurio que en mi opinión la información dada más arriba es verdadera y correcta, y 4cs compartirá mi información con otros programas subsidiados en el condado de San Mateo si hay espacios disponibles.

Padre/madre principal: _____

Fecha: _____