

## LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMA PREESCOLAR ESTATAL

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiado, usted debe traer **copias** de los siguientes documentos a su cita de certificación:

**VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD**– Documentación debe ser proporcionada para al menos 1 o más de estas categorías

- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Auto Declaración de Desamparo
- Beneficiario actual de la ayuda (Ejemplo: CalWORKs Aviso de Acción o CalWORKs Verificación de Beneficios)
- Elegibilidad categórica (Ejemplo: Aviso de Acción, Verificación de Beneficios o solicitud de CalWORKs, Medi-Cal, Cal Fresh, el Programa de Asistencia Alimentaria de California, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria de California para Mujeres, Bebés y Niños, el Programa Federal de Distribución de Alimentos Programa en Reservas Indígenas, Head Start o Early Head Start)
- Verificación del Ingreso.
  - Documentación de Ingresos de todos recursos
    - Ingreso Predecible: Ingresos brutos desde el mes o dos anteriores
    - Ingreso Impredecible: Ingresos brutos para los 12 meses anteriores (Agrícola, incluye los bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingreso)

**VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO FAMILIAR**– Al menos 1 de los siguientes documentos debe proporcionarse para **TODOS** los niños en la familia:

- Certificado de nacimiento
- Verificación de Beneficios del departamento de bienestar del condado
- Órdenes judiciales y documentos relacionados con la custodia, tutela, cuidado de crianza o adopción de niños

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**– Prueba de residencia en el Estado de California

- Cualquier tipo de evidencia de su dirección o correos de caja postal con fecha desde el mes o dos anteriores

**OTRA DOCUMENTACION** – También se requieren los siguientes documentos:

- Forma de Información Familiar
- Tarjeta de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Forma de Notificación a los padres: Requisito Para Reportar Ingresos Por Encima Del Umbral Del 85% o 100% (si la elegibilidad es el ingreso)
- Verificación de empleo/ingresos (día extendida) (Úselo SÓLO si la elegibilidad es por ingresos)
- Registro de vacunas para cada niño que se inscribe
- Hoja de Información del niño
- Si aplica, las órdenes de la corte si afectan las horas y días de cuidado de niños
- Si aplica, Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP)

### REQUERIDO AL MOMENTO DE INSCRIPCIÓN

Si está seleccionado para inscribirse, debe proporcionar la siguiente documentación:

#### FORMAS DE INSCRIPCIÓN

- Prueba de Físico o Cita Para Físico
- Prueba de Examen Dental o Cita Dental

**NOTA:** Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo  
**SI TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR HABLE CON SU TRABAJADORA DE SERVICIOS FAMILIARES**

## INGRESO

**Recordatorio:** Debe presentar los ingresos completos, actuales y consecutivos para cada adulto/niño contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso de cualquier individuo fluctúa debido a las comisiones, bonificaciones o el trabajo es de temporada, debe presentar los últimos doce meses de los ingresos brutos.

<p style="text-align: center;"><b>Ingreso Contable</b></p> <p>Ingreso contable son los ingresos de individuos contados en el tamaño familiar que serán incluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad determinante de ingresos y tarifas familiares.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ingreso No-Contable</b></p> <p>Ingresos no-contables es el ingreso de individuos contados en el tamaño familiar que será excluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad de acuerdo al ingreso y tarifas familiares.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los sueldos brutos, el salario, los avances, las comisiones, horas extras, propinas, bonos, o ganancias de lotería</li> <li>2. Sueldos para trabajo migrante de agricultura o trabajo temporal</li> <li>3. Asistencia pública en efectivo CalWORKs</li> <li>4. Ingreso bruto de auto-empleo menos los gastos del negocio excluyendo retiro de sueldos</li> <li>5. Compensación por Incapacidad o desempleo</li> <li>6. Compensación para trabajador</li> <li>7. Pagos de Manutención de ex-esposo(a) y/o de hijos del cónyuge anterior o padre ausente, o documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc...</li> <li>8. Pensión del sobreviviente (SSA) y beneficios de jubilación</li> <li>9. Renta de un cuarto dentro de la residencia de la familia</li> <li>10. Dividendos, interés de bonos, ingreso de propiedades o consorcio, neto del ingreso de rentas o comisión.</li> <li>11. Ayuda financiera recibida por el cuidado de un niño viviendo con un adulto que no sea el padre/madre biológica o adoptivo del niño</li> <li>12. Pensión de veteranos</li> <li>13. Anualidades o Pensiones</li> <li>14. Herencia</li> <li>15. Concesión para viviendas o automóviles proveídas como parte de la compensación</li> <li>16. Pagos de seguros o arreglos monetarios con la corte por el sueldo perdido o compensación punitiva</li> <li>17. Ganancia neta de una venta de una propiedad real, inversiones financieras o herencias</li> <li>18. Otros ingresos o ganancias de empresa con fines de lucro</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ganancias de menores de dieciocho (18) años</li> <li>2. Préstamos</li> <li>3. Subsidio o becas a estudiantes con fines educativos</li> <li>4. Programa Federal de Asistencia Suplementaria (CalFRESH/SNAP) o Women, Infants, and Children (WIC) u otra asistencia alimentaria</li> <li>5. Crédito Por Ingreso del Trabajo o reembolso de impuesto</li> <li>6. Subsidios de crianza, pagos o subsidio de ropa para niños colocados a través de servicios de bienestar infantil</li> <li>7. Programa de Financiamiento para Cuidadores Familiares</li> <li>8. Programa Piloto de Ingresos Garantizados de California</li> <li>9. Derechos de la Ley GI, condiciones difíciles o obligaciones peligrosas, fuego hostil o pago por peligro inmediato</li> <li>10. Los pagos de la ayuda de adopción</li> <li>11. Asistencia o regalos no en efectivo</li> <li>12. Todos los ingresos de cualquier individuo contado en el tamaño familiar que está recolectando beneficios federales de ingresos de seguridad suplementarios (SSI) o beneficios del programa suplementario estatal (SSP)</li> <li>13. Seguros o acuerdos judiciales que incluyen dolor y sufrimiento y excluyen los salarios perdidos y los daños punitivos</li> <li>14. Reembolsos por gastos requeridos en el trabajo que incluyen uniformes, millaje o gastos para alimentos y alojamiento</li> <li>15. Gastos de negocio para los miembros de la familia que trabaje por su propia cuenta</li> <li>16. Cuando no hay valor en efectivo para el empleado, la parte del seguro médico y/o dental documentado como pagado por el empleador e incluido en el salario bruto</li> <li>17. Subsidios o pagos otorgados para el auxilio por desastre, excepto cualquier porción para asistencia de alquiler o desempleo</li> <li>18. Voluntarios de AmeriCorps en Servicio a América (VISTA) y Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) estipendios, alojamiento y pensión, y subsidios</li> </ol>

**Note:** Los pagos verificados de manutención de los hijos pagados por el padre de quien hijo recibe servicios de desarrollo infantil se pueden restar de los ingresos contables de la familia.

**FORMA DE INFORMACIÓN FAMILIAR  
CENTROS DE SCOE**

*Imprima Legiblemente Por favor*

**Padre Soltero/Guardián del Hogar:**  Si  No "No" complete información debajo para el Padre/Guardián (B)

**Nombre del Padre/Guardián (A):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Genero:**  Femenino  Masculino

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Raza:**  Nativo de Alaska o Indio Nativo  
 Asiático  
 Africano Americano o Negro  
 Caucásico  
 Otro Isleño Pacífico o Nativo Hawaiano

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  No Latino o Hispano  
 Latino o Hispano

**Relación al niño/a:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separación Formal  Separación Informal

**Necesidad de Servicios:**

Búsqueda activa de empleo  
Círculo los días en que buscará empleo:  
    l    m    m    j    v

Empleado / empleo por cuenta  
 propia Escuela / Entrenamiento  
 Incapacitado  
 Sin hogar  
 CPS / En Riesgo

**Nombre del Padre/Guardián (B):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Genero:**  Femenino  Masculino

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Raza:**  Nativo de Alaska o Indio Nativo  
 Asiático  
 Africano Americano o Negro  
 Caucásico  
 Otro Isleño Pacífico o Nativo Hawaiano

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  No Latino o Hispano  
 Latino o Hispano

**Relación al niño/a:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separación Formal  Separación Informal

**Necesidad de Servicios**

Búsqueda active de empleo  
Círculo los días en que buscará empleo:  
    l    m    m    j    v

Empleado/ empleo por cuenta propia  
 Escuela / Entrenamiento  
 Incapacitado  
 Sin hogar  
 CPS / En Riesgo

**Otro individuo(s)** en la casa que **no** serán matriculados en el programa y son contados en el tamaño de la familia:

**Adjunte documentación.**

Nombre:

Parentesco con el Padre (s)/Guardián(es):

Fecha de Nacimiento:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**COMPLETE UNA COLUMNA POR NIÑO INSCRITO**

(Haga copias adicionales según sea necesario)

Nombre de niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero:  Femenino  Masculino

Raza:  Indio Nativo o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Caucásico  
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: En casa, ¿escucha, entiende o habla su hijo un idioma que no sea inglés?  Si  No

Si es que si, qué idioma: \_\_\_\_\_

Étnica:  No Hispano or Latino  
 Hispano or Latino

Necesidades  Si  No

Especiales: Fecha de vencimiento del IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del IEP: \_\_\_\_\_

Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente

Relación al Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

**El cuidado de niños será aprobado en función de la necesidad verificada.** Especifique los días y horas en que solicita cuidado infantil con el sitio del centro anterior. (Nota: todo el tiempo de viaje debe solicitarse para el transporte)

Días y horas solicitados:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero:  Femenino  Masculino

Raza:  Indio Nativo o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Caucásico  
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: En casa, ¿escucha, entiende o habla su hijo un idioma que no sea inglés?  Si  No

Si es que si, qué idioma: \_\_\_\_\_

Étnica:  No Hispano or Latino  
 Hispano or Latino

Necesidades  Si  No

Especiales: Fecha de vencimiento del IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del IEP: \_\_\_\_\_

Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente

Relación al Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

**El cuidado de niños será aprobado en función de la necesidad verificada.** Especifique los días y horas en que solicita cuidado infantil con el sitio del centro anterior. (Nota: todo el tiempo de viaje debe solicitarse para el transporte).

Días y horas solicitados:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## VERIFICACIÓN DE EMPLEO (EXTENDED-DAY)

### DECLARACION DE PERMISO DEL EMPLEADO:

- Stanislaus County Office of Education tiene permiso para contactar a mi empleador** para verificar información de mi empleo e ingreso. Entiendo que toda la información recopilada es estrictamente confidencial.
- Ponerse en contacto con mi empleador afectaría negativamente mi empleo.
- Estoy desempleado/a.

\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa Comercial

\_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de la Empresa

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

Dirección de la Calle de la Empresa

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Código Postal

**CHILD & FAMILY SERVICES EMERGENCY CARD**  
Tarjeta de emergencia de servicios para niños y familias

**MEDIC ALERT** (Alerta médica) **Health Concern** (Preocupación de salud)  Yes  No  
(Asthma, Allergies, Medications, Health Problems: List/Lista \_\_\_\_\_)

Service Options:  Center Based  
 Home Based  FCCH  
Location: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Teacher: \_\_\_\_\_  
Preferred Language: \_\_\_\_\_

**Is there a court order regarding custody of the child?**  Yes  No  
(¿Existe una orden judicial sobre la custodia del niño/a?) (Si) (No)  
Child's Name (nombre de niño) \_\_\_\_\_  
(Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (MI) (DOB/nacimiento)

Mailing Address (Dirección de envío) \_\_\_\_\_  
(Street Address/ Dirección) \_\_\_\_\_  
(City/ Ciudad) (State/ Estado) (Zip/ Código postal)

Physical Address (Dirección física) \_\_\_\_\_  
(Street Address/ Dirección) \_\_\_\_\_  
(City/ Ciudad) (State/ Estado) (Zip/ Código postal)

Mother/Madre \_\_\_\_\_  
Guardian (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (DOB/nacimiento)

Father/Padre \_\_\_\_\_  
Guardian (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (DOB/nacimiento)

Child's Doctor /Hospital to be called in case of emergency \_\_\_\_\_  
(Médico/hospital al que se debe llamar en caso de emergencia)  
Phone (Teléfono) \_\_\_\_\_ Address (Dirección) \_\_\_\_\_  
MediCal Healthy Families None Private (name) (check one)  
(nombre) (marca uno)

Child's Insurance # \_\_\_\_\_  
(Número de seguro médico del niño/a)

**Mother(Madre)/Guardian Contact Info:**  
Home Phone: (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_  
Work Phone: (Teléfono del trabajo) \_\_\_\_\_  
Cell Phone: (Teléfono móvil) \_\_\_\_\_

**Father(Padre)/Guardian Contact Info:**  
Home Phone: (Teléfono de casa) \_\_\_\_\_  
Work Phone: (Teléfono del trabajo) \_\_\_\_\_  
Cell Phone: (Teléfono móvil) \_\_\_\_\_

**Permission for Medical Treatment:** As the child's parent or legal guardian, I understand that in the case of my child's medical emergency, the center will call 911 and then notify me. I consent to my child's being transported to a physician or licensed medical facility. I give permission for diagnosis, treatment, and/or care which in the best judgement of the physician or dentist, may be required. This permission is valid for this school year as long as the child remains in the Head Start/State program.

**Consentimiento para Tratamiento Médico:** Como el padre/la madre o tutor legal del niño/a, entiendo que en caso de una emergencia médica, el personal del centro primero llamará al 911 y despues me notificara. Doy consentimiento que se transporte mi niño/a a un consultorio médico para diagnosis, tratamiento, y/o cuidado cual sea necesario según el juicio del médico o odontólogo. Éste consentimiento será válido durante el año escolar en curso o mientras el niño/a continúe en el Programa Head Start/State.

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

**CHILD & FAMILY SERVICES EMERGENCY CARD**

**Tarjeta de emergencia de servicios para niños y familias  
(Page 2)**

**Emergency Contacts:** If parents are not available, the following persons are authorized to drop children off and take child(ren) from the facility, or be called in case of emergency. The child(ren) will **NOT** be able to leave with **ANY OTHER PERSON** without written authorization from the parent/guardian.

**Contactos de emergencia:** Si los padres no están disponibles, las siguientes personas están autorizadas a dejar a los niños y sacarlos de la instalación, o ser llamados en caso de emergencia. Los niños **NO** podrán irse con **NINGUNA OTRA PERSONA** sin la autorización por escrito del padre/guardián.

	Name / Nombre	Relationship /Relación	Phone / Teléfono	Signature / Firma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				