

LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMAS DE PREESCOLAR ESTATAL DE CALIFORNIA/CUIDADO INFANTIL GENERAL/HEAD START (INSCRIPCIÓN INICIAL)

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 recertificación:

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 2-12 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

NECESIDAD – Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. Documentación para establecer necesidad es el siguiente:

- Verificación de Empleo
- Declaración del Auto Empleo y Documentación de Apoyo
- Verificación de Entrenamiento y Verificación del programa educativo y horario de clases
- Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- Declaración de Incapacidad
- Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Carta de Referencia Para Personas Sin Hogar

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)
- 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)

NOTA: Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo

SI TIENE PREGUNTAS, PRO FAVOR HABLE CON SU ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR AL (209) 238-6300

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.

| Ingreso Contable | Ingreso No-Contable |
|---|--|
| 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. | 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. |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Los sueldos brutos, el salario, los avances, las comisiones, horas extras, propinas, bonos, o ganancias de lotería 2. Sueldos para trabajo migrante de agricultura o trabajo temporal 3. Asistencia pública en efectivo CalWORKs 4. Ingreso bruto de auto-empleo menos los gastos del negocio excluyendo retiro de sueldos 5. Compensación por Incapacidad o desempleo 6. Compensación para trabajador 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... 8. Pensión del sobreviviente (SSA) y beneficios de jubilación 9. Renta de un cuarto dentro de la residencia de la familia 10. Dividendos, interés de bonos, ingreso de propiedades o consorcio, neto del ingreso de rentas o comisión. 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 12. Pensión de veteranos 13. Anualidades o Pensiones 14. Herencia 15. Concesión para viviendas o automóviles proveídas como parte de la compensación 16. Pagos de seguros o arreglos monetarios con la corte por el sueldo perdido o compensación punitiva 17. Ganancia neta de una venta de una propiedad real, inversiones financieras o herencias 18. Otros ingresos o ganancias de empresa con fines de lucro | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganancias de menores de dieciocho (18) años 2. Préstamos 3. Subsidio o becas a estudiantes con fines educativos 4. Programa Federal de Asistencia Suplementaria (CalFRESH/SNAP) o Women, Infants, and Children (WIC) u otra asistencia alimentaria 5. Crédito Por Ingreso del Trabajo o reembolso de impuesto 6. Subsidios de crianza, pagos o subsidio de ropa para niños colocados a través de servicios de bienestar infantil 7. Programa de Financiamiento para Cuidadores Familiares 8. Programa Piloto de Ingresos Garantizados de California 9. Derechos de la Ley GI, condiciones difíciles o obligaciones peligrosas, fuego hostil o pago por peligro inmediato 10. Los pagos de la ayuda de adopción 11. Asistencia o regalos no en efectivo 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) 13. Seguros o acuerdos judiciales que incluyen dolor y sufrimiento y excluyen los salarios perdidos y los daños punitivos 14. Reembolsos por gastos requeridos en el trabajo que incluyen uniformes, millaje o gastos para alimentos y alojamiento 15. Gastos de negocio para los miembros de la familia que trabaje por su propia cuenta 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 17. Subsidios o pagos otorgados para el auxilio por desastre, excepto cualquier porción para asistencia de alquiler o desempleo 18. Voluntarios de AmeriCorps en Servicio a América (VISTA) y Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) estipendios, alojamiento y pensión, y subsidios |

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 _____

NOTIFICACIÓN A LOS PADRES: REQUISITO PARA REPORTAR INGRESOS POR ENCIMA DEL UMBRAL DEL 85%

Nuestros registros indican que la base de elegibilidad de su familia es el ingreso. Las regulaciones requieren que una familia informe cuando sus ingresos exceden el umbral de salida. Los límites máximos de ingresos se basan en el tamaño familiar y el ingreso bruto ajustado de una familia (Ingresos antes de impuestos). A partir del 1 de julio de 2025, los umbrales de salida son los siguientes:

| Tamaño Familiar | Ingreso Mensual Familiar | Ingreso Anual Familiar |
|-----------------|--------------------------|------------------------|
| 1-2 | \$6,860 | \$82,326 |
| 3 | \$7,785 | \$93,418 |
| 4 | \$9,020 | \$108,237 |
| 5 | \$10,463 | \$125,555 |
| 6 | \$11,906 | \$142,873 |
| 7 | \$12,177 | \$146,120 |
| 8 | \$12,447 | \$149,367 |
| 9 | \$12,718 | \$152,615 |
| 10 | \$12,988 | \$155,862 |
| 11 | \$13,259 | \$159,109 |
| 12 | \$13,530 | \$162,356 |

Mi firma abajo reconoce que entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus dentro de 30 días naturales si, y cuando mis ingresos brutos ajustados **mensuales** excedan \$ _____ para mi tamaño familiar de _____.

Imprimir Nombre del Padre/Guardian _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

SCOE Distribution: COPY-Family File Original & Income Calculation Worksheet- Parent

NOTIFICACIÓN A LOS PADRES: REQUISITO PARA REPORTAR INGRESOS POR ENCIMA DEL UMBRAL DEL 100%

Nuestros registros indican que la base de elegibilidad de su familia es el ingreso. Las regulaciones requieren que una familia informe cuando sus ingresos exceden el umbral de salida. Los límites máximos de ingresos se basan en el tamaño familiar y el ingreso bruto ajustado de una familia (Ingresos antes de impuestos). A partir del 1 de julio de 2025, los umbrales de salida son los siguientes:

| Tamaño Familiar | Ingreso Mensual Familiar | Ingreso Anual Familiar |
|-----------------|--------------------------|------------------------|
| 1-2 | \$8,071 | \$96,854 |
| 3 | \$9,159 | \$109,904 |
| 4 | \$10,612 | \$127,338 |
| 5 | \$12,309 | \$147,712 |
| 6 | \$14,007 | \$168,086 |
| 7 | \$14,326 | \$171,906 |
| 8 | \$14,644 | \$175,726 |
| 9 | \$14,962 | \$179,547 |
| 10 | \$15,281 | \$183,367 |
| 11 | \$15,599 | \$187,187 |
| 12 | \$15,917 | \$191,007 |

Mi firma abajo reconoce que entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus dentro de 30 días naturales si, y cuando mis ingresos brutos ajustados **mensuales** excedan \$_____ para mi tamaño familiar de_____.

Imprimir Nombre del Padre/Guardian _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

SCOE Distribution: COPY-Family File **Original & Income Calculation Worksheet- Parent**

Fecha: _____

Nombre de Madre o Padre: _____

Nombre de hijo o hija: _____

Instrumento de lenguaje familiar

1.) ¿Qué idioma(s) oye o a qué idioma(s) está expuesto su hijo en casa? *Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.*

2.) ¿Qué idioma(s) oye o a qué idioma(s) está expuesto su hijo en su vecindario y comunidad?

Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

3.) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o a qué idioma(s) responde?

Los niños pueden demostrar su comprensión de formas no verbales, como respuestas físicas, expresiones faciales y/o gestos.

4.) ¿Qué idioma(s) entiende o usa su hijo para comunicarse?

Los niños pueden demostrar que se comunican por diversos medios, como usar palabras sueltas, repetir como loros, hacer señas o utilizar tableros de comunicación.

_____ (iniciales) Opto por no completar el Instrumento de idioma familiar y/o participar en la Entrevista de idioma e intereses familiares.

FES: IF QUESTIONS 1, 3, OR 4 HAVE ANOTHER LANGUAGE OTHER THAN ENGLISH, MARK DLL PART B ON MASTER ENROLLMENT GOOGLE SHEET TO ENSURE ASSIGNED FAMILY ADVOCATE WILL REACH OUT TO PARENT FOR ADDITIONAL RESOURCES.

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

| | | |
|--|--|---|
| MEDIC ALERT (Alerta médica) | Health Concern (Preocupación de salud) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si 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 _____ Address _____
(Teléfono) (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 después me notificará. 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. Este 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. | | | | |