

Querido padre,

Gracias por asistir a la sesión Cómo aplicar del Programa de Pago Alternativo (CAPP) de la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus.

Llame a su especialista de elegibilidad familiar asignado al 209-238-6300 dentro de las 2 semanas de la sesión de hoy para programar su cita 1:1. Las solicitudes se completarán en 1325 H Street Modesto Ca 95354. Cada cita puede demorar hasta una hora.

**Las solicitudes no se completarán con un paquete incompleto o sin un proveedor aprobado.** Como resultado, no se aceptarán paquetes incompletos. Si desea que se revise su paquete completo antes de su cita de solicitud programada, notifique a su especialista de elegibilidad familiar asignado cuando programe su cita.

**Tenga en cuenta que pasar por este proceso no garantiza la inscripción.** A las familias se les enviará una Notificación de acción dentro de los 30 días de haber firmado su solicitud, notificándoles su aprobación o denegación. Las aprobaciones indicarán la fecha de entrada en vigencia de los servicios de cuidado infantil aprobados para comenzar. CAPP no reembolsa los servicios de cuidado infantil utilizados antes de la aprobación de los servicios.

Al seleccionar un proveedor, las familias deben tener en cuenta la tasa de reembolso máxima actual que CAPP puede reembolsar. La tasa de reembolso se enumera a continuación y se puede encontrar en <http://www3.cde.ca.gov/rcsc/index.aspx>. Cualquier cantidad en exceso será responsabilidad de la familia.

**Effective January 1, 2022**

Child Care Centers for Stanislaus County  
**Maximum Reimbursement**

Age Group	Full-time Daily	Full-time Weekly	Full-time Monthly	Part-time Hourly	Part-time Weekly	Part-time Monthly
Birth to 24 Months	76.63	314.33	1,279.60	15.22	215.14	834.21
2 through 5 Years	50.55	264.71	833.77	9.88	177.81	680.20
School Age	49.30	184.35	731.43	10.32	146.62	499.69

Family Child Care Homes for Stanislaus County  
**Maximum Reimbursement**

Age Group	Full-time Daily	Full-time Weekly	Full-time Monthly	Part-time Hourly	Part-time Weekly	Part-time Monthly
Birth to 24 Months	50.06	204.95	832.87	10.90	163.65	666.25
2 through 5 Years	42.82	188.17	765.87	9.34	149.57	581.82
School Age	40.22	165.90	686.69	9.53	132.16	525.09

TrustLined/Relative for Stanislaus County  
**Maximum Reimbursement**

Age Group	Full-time Daily	Full-time Weekly	Full-time Monthly	Part-time Hourly	Part-time Weekly	Part-time Monthly
Birth to 24 Months	35.04	143.46	583.01	7.63	114.56	466.37
2 through 5 Years	29.97	131.72	536.11	6.54	104.70	407.27
School Age	28.15	116.13	480.68	6.67	92.51	367.56

Esperamos verlo en su cita de solicitud.

Atentamente,  
Especialista en elegibilidad familiar CAPP

**PROCESO DE SOLICITUD  
PROGRAMA DE PAGO ALTERNATIVO DE CALIFORNIA (CAPP)**

Recientemente, lo evaluaron para una posible inscripción. Gracias por su interés en CAPP. CAPP es un programa de reembolso. El programa reembolsa al proveedor identificado por la familia (puede ser una instalación autorizada, un hogar de cuidado infantil familiar, un familiar, un amigo o un vecino) directamente por los servicios de cuidado infantil certificados. Las familias deben seguir el proceso de solicitud para inscribirse en el programa. Pasar por el proceso de solicitud no le garantiza la inscripción. Si la información proporcionada durante la evaluación fue engañosa o inexacta, es posible que la familia no sea elegible para el programa.

**PASO 1: El padre completa en línea cómo presentar la solicitud en persona o en línea.** Para ver los subtítulos en el video en línea, presione CC y seleccione el idioma de los subtítulos.

**Título del programa de inscripción:** Programa de pago alternativo (azul claro)

**Sitio web:** <https://www.findchildcarestanislaus.org/spanish-step-2-submit-documents>

**Contraseña del sitio web:** CFS



**PASO 2: El padre completa los formularios, reúne los documentos** enumerados en la lista de verificación, **selecciona un proveedor** de cuidado infantil y **Completa la Orientación** para padres de CAPP (las instrucciones para acceder a la orientación se incluyen en el paquete de inscripción. La orientación describe los requisitos de participación continua una vez inscrito en el programa).

Para completar una solicitud, el padre debe tener un proveedor seleccionado y el proveedor DEBE estar activo con CAPP. CAPP es un programa de elección de los padres; la familia es responsable de identificar a su proveedor. Para obtener información adicional sobre las opciones de proveedores, se le recomienda a las familias que se comuniquen con su Especialista asignado al al 209-238-6300 o con Recursos y referencias al 209-238-6400. El padre debe confirmar que su proveedor identificado este activo con su especialista asignado. Si el proveedor no está activo con CAPP, el especialista proporcionará información sobre cómo el proveedor puede convertirse en un proveedor CAPP aprobado.

Al identificar un proveedor, se le anima a las familias a revisar los límites máximos de reembolso para este programa. Los límites máximos de reembolso se pueden encontrar en <https://rcscc.adm.dss.ca.gov/>. Si las tarifas del proveedor identificado sobre eason la cantidad máxima de reembolso indicada para el condado de Stanislaus, la diferencia es responsabilidad de la familia

**PASO 3: Los padres llaman al Especialista de elegibilidad familiar asignado** al (209) 238-6300 para solicitar un formulario digital o programar una cita para enviar la documentación completa. Si los padres no se comunican con su Especialista de elegibilidad familiar asignado dentro de las 2 semanas siguientes a la evaluación, no serán elegibles para este período de inscripción.

**PASO 4: Los padres y Especialista de elegibilidad completan la solicitud.** La solicitud se completará en una cita en persona o mediante un formulario digital. Una solicitud no se puede completar con documentación incompleta. Se requiere un proveedor CAPP aprobado para completar la solicitud.

**PASO 5: Especialista en elegibilidad familiar** enviará por correo un Aviso de acción dentro de los 30 días aprobando o negando los servicios. Si se aprueban los servicios, se enviará por correo al proveedor un Certificado de servicios de cuidado infantil y reclamo de asistencia. El niño comienza a recibir cuidado según la fecha de aprobación en el Aviso de acción. Los servicios de cuidado infantil utilizados antes de ser aprobados son responsabilidad de los padres. No se pueden emitir aprobaciones hasta que tanto el padre como el especialista en elegibilidad familiar firmen una solicitud completa. Las aprobaciones no se pueden retro activar.

## LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE PAGO ALTERNATIVO (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 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 2-12 meses anteriores (Estacional, agrícola, incluye bonos o comisiones aporta un mínimo de 2 meses de ingresos)

**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
- Documentos de adopción
- Ordenes de la Corte en relación con la custodia o tutela

**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 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 de Personas Sin Hogar

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

- Petición & Remisión de las Necesidades Familiares
- Identificación e Información de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Forma de Información Familiar
- Forma de Información del Proveedor
- Forma de ORIENTACIÓN PARA PADRES DEL PROGRAMA CAPP
- Forma de NOTIFICACIÓN A LOS PADRES: REQUISITO PARA REPORTAR INGRESOS POR ENCIMA DEL UMBRAL DEL 85%
- Forma de AUTORIZACIÓN DE PADRES Y FORMULARIO DE RECIBO
- 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, POR FAVOR HABLE CON SU ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR  
AL (209) 238-6300**

## INGRESO

**Recordatorio:** Debe presentar los ingresos completos, actuales y consecutivos de cada adulto/niño contados en el tamaño de la familia. Si los ingresos de cualquier individuo fluctúan debido a comisiones, bonificaciones o trabajo estacional, debe presentar un mínimo de dos, pero puede optar por presentar

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"> <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 INFORMACION FAMILIAR**

POR FAVOR IMPRIMA CON CLARIDAD Y COMPLETE COMPLETE EN SU TOTALIDAD

**Padre soltero/hogar de guardián:**  Si  No – si marco “No” , complete la sección de padre/guardián (B) a continuación

**Nombre del padre/guardián (A):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Género :**  femenino  masculino

**Raza**  indio americano o nativo de Alaska  
**(Debe**  asiático  
**selección**  afroamericano o negro  
**ar al**  caucásico  
**menos**  nativo de Hawái o otra isla pacífica  
**una):**

**Lenguaje primario en casa:** \_\_\_\_\_

**Origen étnico:**  No hispano o latino  
 Hispano o latino

**Estado Civil:**  casado  union libre  
 soltero  divorciado  
 viudo  separación formal  separación informal

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Necesidad de Servicio:**

- Búsqueda activa de empleo
- Empleado/empleo por cuenta propia
- Escuela/ Entrenamiento
- CPS/en riesgo
- Incapacitado
- Sin hogar

**Estatus militar de la familia**

Si está en servicio activo en el ejército o es miembro actual de la guardia nacional o reserva militar.

Indicar rama \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/guardián (B):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Género :**  femenino  masculino

**Raza**  indio americano o nactive de Alaska  
**(Debe**  asiático  
**seleccion**  afroamericano o negro  
**ar al**  caucásico  
**menos**  nativo de Hawái u otra isla pacífica  
**una):**

**Lenguaje primario en casa:** \_\_\_\_\_

**Origen étnico:**  No hispano o latino  
 Hispano el latino

**Estado Civil:**  casado  union libre  
 soltero  divorciado  
 viudo  separación formal  separación Informal

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Necesidad de Servicio:**

- Búsqueda activa de empleo
- Empleado/empleo por cuenta propia
- Escuela
- CPS/en riesgo
- Incapacitado
- Sin hogar

**Estatus militar de la familia**

Si está en servicio activo en el ejército o es miembro actual de la guardia nacional o reserva militar.

Indicar rama \_\_\_\_\_

**Otras personas menores de 18 años en el hogar que no se inscribirán en el programa y se cuentan en el tamaño de la familia. Adjunte documentación (orden judicial, certificado de nacimiento, etc.) que vincule a los niños con el padre A o B.**

<u>Nombre</u>	<u>Relación al padre/guardián:/género</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Origen étnico/ Raza</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Complete una columna por cada niño que necesite cuidado infantil. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género:  Femenino  Masculino

Raza (Debe seleccionar al menos una):  
 indio americano o nativo de Alaska  
 asiático  
 afroamericano o negro  
 caucásico  
 nativo de Hawái u otra isla pacífica

Lenguaje primario en casa: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  No hispano o latino  
 Hispano o Latino

Necesidades especiales:  Sí  No  
*En caso afirmativo, adjunte el IEP o IFSP actual*

Relación con el padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y grado escolar: (Educación Temprana o Escuela Primaria) \_\_\_\_\_

Horario escolar (es decir, L, M, J, V 8am-2pm, Mier 8am-12pm): \_\_\_\_\_

Si comienza la escuela en los próximos 24 meses, indique la fecha de inicio del mes/año: \_\_\_\_\_

(CAPP) Nombre del proveedor de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

**El cuidado de niños será aprobado en función de la necesidad verificada.** Especifique los días y horas en que solicita cuidado infantil con el proveedor anterior.

**Días escolares:** disponible para todos los niños. Si el niño está inscrito en una educación temprana o es elegible para asistir a la escuela primaria, solo incluya el tiempo antes y después de la escuela necesaria. **Días y horas solicitados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Días de vacaciones:** solo disponible si el niño está inscrito en una educación temprana o la edad elegible para la escuela primaria y se necesita cuidado infantil cuando la escuela está cerrada. **Niños no lectivos días y horas solicitados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género:  Femenino  Masculino

Raza (Debe seleccionar al menos una):  
 indio americano o nativo de Alaska  
 asiático  
 afroamericano o negro  
 caucásico  
 nativo de Hawái u otra isla pacífica

Lenguaje primario en casa: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  No hispano o latino  
 Hispano o Latino

Necesidades especiales:  Sí  No  
*En caso afirmativo, adjunte el IEP o IFSP actual*

Relación con el padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y grado escolar (Educación Temprana o Escuela Primaria) \_\_\_\_\_

Horario escolar (es decir, L, M, J, V 8am-2pm, Mier 8am-12pm): \_\_\_\_\_

Si comienza la escuela en los próximos 24 meses, indique la fecha de inicio del mes/año: \_\_\_\_\_

(CAPP) Nombre del proveedor de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

**El cuidado de niños será aprobado en función de la necesidad verificada.** Especifique los días y horas en que solicita cuidado infantil con el proveedor anterior.

**Días escolares:** disponible para todos los niños. Si el niño está inscrito en una educación temprana o es elegible para asistir a la escuela primaria, solo incluya el tiempo antes y después de la escuela necesaria. **Días y horas solicitados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Días de vacaciones:** solo disponible si el niño está inscrito en una educación temprana o la edad elegible para la escuela primaria y se necesita cuidado infantil cuando la escuela está cerrada. **Niños no lectivos días y horas solicitados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## FORMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

### PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN

Escriba el Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**Solicitud** (Seleccione uno):

- Proveedor Inicial (Primera matricula por la familia/ niño)
- Cambio de proveedor del cuidado de niños  
Nombre del proveedor anterior \_\_\_\_\_ Ultima fecha de \_\_\_\_\_
- Proveedor Alternante (Nota: Debe ser aprobado 2 semanas antes y limitado a 10 días por año fiscal)  
Fechas de Servicio de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Agregar un segundo proveedor

Liste el niño(s) afectado(s) por esta petición y el día/hora que el cuidado se necesita:

Nombre del Niño	Día/Hora-Días de no-escuela	Día/Hora – Días de escuela
Juana Do	Lunes-Viernes 7:30 am -5:30pm	Lunes – Viernes 3:00pm – 5:30pm
Juan Do	Varía Dom. Sáb.; máx. 6 hrs. por día	Varia Dom.-Sáb.; máx. 3.5 hrs. por día

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR

Escriba el Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos \_\_\_\_\_

Primer Día de Servicios para el (los) niño(s) \_\_\_\_\_ (Toda documentación es efectivo 2 semanas de la fecha en que se recibió)

**Tipo de Proveedor** (Seleccione Uno):

- Centro con Licencia
- Lugar Escolar Exento
- No licencia, Exento en el hogar del niño (Nota: solo disponible si el padre firma un formulario de auto certificación reconociendo que asume las responsabilidades del empleador para el proveedor exento de licencia en el hogar y reconoce que es responsable de cumplir con las leyes laborales federales y estatales aplicables. Las tasas de reembolso aprobadas para proveedores familiares o no familiares exentos se pueden evaluar visitando <https://rcscm.adm.dss.ca.gov/> )
- Cuidado de niños de Familia en Hogar con Licencia
- No licencia, exento afuera del hogar de niño

**Nota: Nuevos proveedores de cuidado de niños deben someter una copia de sus pólizas/contrato y tarifas. La Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) no podrá contratarlo si las pólizas/contrato y tarifas no están archivadas.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## Proceso de la Solicitud del Proveedor

- 1) El padre/guardián selecciona un proveedor de cuidado de niños
- 2) El padre/guardián discuten las necesidades del cuidado de niños con la Especialista de Cuidado de Niños
- 3) La Especialista de Cuidado de niños provee la documentación requerida para los padres
  - a. Proveedor exento – Paquete especializado dependiendo del tipo de cuidado exento
  - b. Sitio de escuela exento o Licenciado – Solamente la Forma de Información para el Proveedor
- 4) El padre/guardián y proveedor completan y someten la documentación requerida a su Especialista de Cuidado de Niños.
- 5) La Especialista de Cuidado de niños revisa la acción solicitada
  - a.. Documentación completa – Acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir toda la documentación.
  - b. Documentación incompleta – Se regresara al padre/proveedor para completar. La acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir la documentación completa.
- 6) Un acuerdo por Servicios y reclamo de asistencia es emitido al proveedor de cuidado de niños.
- 7) Los servicios del cuidado de niños pueden empezar

## Forma de Instrucciones Para la Información del Proveedor

### **Sección del Padre/Guardián:**

Nombre del Padre/Guardián – Nombre del padre/guardián del niño matriculado

Numero de teléfono – Numero de teléfono para contactar al padre/guardián

Solicitud – Solicitud específica

- Proveedor inicial – Marque esta caja si es la primera matricula para su familia o niño
- Cambio de proveedor de niño – Marque esta caja si su niño(s) esta en el proceso de cambiar proveedores de cuidado de niño. También anote su proveedor anterior y la fecha del último servicio que uso.
- Proveedor Alternante – Marque esta caja si usted esta solicitando tener un proveedor alternante para cuando su niño esta enfermo o cuando su proveedor regular esta cerrado. También, anote las fechas del servicio de cuidado de niños para el proveedor alternante.
- Agregando un Segundo proveedor – Marque esta caja para agregar un segundo proveedor porque uno de los proveedores no puede acomodar todas las necesidades de cuidado de su niño o si usted ha elegido inscribir a su niño(s) en un programa licenciado de educación temprana por medio día.

Enlistar al niño(s) afectado por la solicitud y la hora/día que necesita el cuidado- Solamente enliste los niños en su familia que serán afectados por la acción. También, anote la hora/día que necesita el cuidado de niños con el proveedor.

### **Sección del proveedor:**

Nombre del Proveedor – Nombre del proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Numero de Teléfono – Número de teléfono para contactar el proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Dirección del Proveedor – Dirección física y dirección postal del proveedor del cuidado de niños.

SS# o Tax ID# Impuesto – Numero del seguro social o el numero de identidad de impuestos del proveedor

Primer Día de Servicios para el Nino(s) – Anote la fecha que va empezar el primer servicio de cuidado de niños

Tipo de Proveedor – Marque la caja apropiada del tipo de proveedor que va proporcionar los servicios de cuidado de niños.

## AUTORIZACIÓN DE PADRES Y FORMULARIO DE RECIBO

### Autorización

Doy permiso a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) y su representante para verificar toda la información utilizada para determinar la elegibilidad de mi familia. Mi firma a continuación otorga permiso a SCOE y su representante para verificar el estado de empleo, el estado de capacitación, el estado de incapacitación y cualquier otra información necesaria para establecer mi elegibilidad para la inscripción y el reembolso de mis servicios de cuidado infantil.

Si la información proporcionada por, o en mi nombre durante el proceso de certificación es falsa o inexacta, seré responsable del reembolso a SCOE.

### Recibo

Reconozco que entiendo que se puede acceder al Manual del Padre / Proveedor más reciente del Programa visitando la siguiente página web <https://www.findchildcarestanislaus.org/cfsparents> (contraseña CFS). Si en cualquier momento quisiera una copia impresa del manual, puedo solicitar una copia impresa al personal del programa. Entiendo que es mi responsabilidad acceder, leer y cumplir con las reglas y regulaciones contenidas en el manual de programas. Reconozco que no hacerlo puede resultar en la interrupción de mis servicios de cuidado infantil y en una multa de un (1) año del programa.

**Imprima, firme su nombre y envíe este formulario a:**

Oficina de Educación del Condado de Stanislaus  
Servicios Para Niños y Familias  
1325 H Street #005  
Modesto, CA 95354

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta, llame al (209) 238-6300.

Distribución: White-Family File      Yellow-Parent

## PETICIÓN Y REMISIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES

Padre(s)/Guardian(es): \_\_\_\_\_

En un esfuerzo para ayudarle a cubrir sus necesidades únicas de su familia, le pedimos su cooperación en completar esta forma. Esta información permitirá al personal del programa proveerle a usted con información acerca de los recursos disponibles. Indique sus tres (3) prioridades más grandes categorizándolas en orden del 1-3 (**1 siendo la prioridad más grande**). Si usted no necesita referencias marque aquí  y firme abajo.

<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Utilidades	<input type="checkbox"/> Servicios Legales	<input type="checkbox"/> Oportunidades de Empleo
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> SSI / Seguro Social	<input type="checkbox"/> TANF / Ayuda Monetaria	<input type="checkbox"/> Entrenamiento Vocacional
<input type="checkbox"/> CPR – Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/> Licencia Para Manejar	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> Colegio (Especifique Tipo): _____
<input type="checkbox"/> Consejería Familiar	<input type="checkbox"/> Referencias de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Clases de Inglés	<input type="checkbox"/> GED / Diploma
<input type="checkbox"/> Niño's con Necesidades Especiales	<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Inmigración	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Comida y Ropa de Emergencia	<input type="checkbox"/> Derechos de Inquilino	<input type="checkbox"/> Desempleo	

1 Referencias		2 Referencias		3 Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### FOR OFFICE PURPOSES ONLY (GCC/FCCHEN)

**Follow-up:**

Date	Staff Initials	Notes

## 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 \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Niño (s) \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PETICIÓN Y REMISIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES (Adicional)**

1 Referencias		2 Referencias		3 Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

Referencias		Referencias		Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

## INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA

### GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

**A completarse por el padre/madre o el representante autorizado**

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELEFONO (    )
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO (    )	
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR (    )
NOMBRE DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO (    )	
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR (    )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR (    )	TELEFONO DEL TRABAJO (    )

#### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/ RELACION

#### MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO (    )
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO (    )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA   
  OTRA   
 EXPLICACION: \_\_\_\_\_

#### NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA GUARDERIA/HOGAR

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRA SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

#### A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA GUARDERIA O LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

## INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA

### GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

**A completarse por el padre/madre o el representante autorizado**

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELEFONO (    )
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO (    )	
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR (    )
NOMBRE DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO (    )	
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
					TELEFONO DEL HOGAR (    )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR (    )	TELEFONO DEL TRABAJO (    )

#### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/ RELACION

#### MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO (    )
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO (    )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA   
  OTRA   
 EXPLICACION: \_\_\_\_\_

#### NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA GUARDERIA/HOGAR

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRA SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

#### A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA GUARDERIA O LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

**PETICIÓN Y PLAN PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE**

Los servicios de cuidado infantil con el propósito de buscar vivienda permanente pueden ocurrir no más de 5 días por semana y por menos de 30 horas por semana.

**Nota:** Para aumentar los días y horas entre los períodos de certificación, se requiere la documentación para apoyar su necesidad y el formulario de Petición Para Cambiar Servicios.

**SITUACION DE VIVIENDA ACTUAL**

Describe su situación de vivienda actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PETICION PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE**

Esto sirve como su petición de buscar vivienda permanente. Por favor describa cuando los servicios de cuidado infantil son necesarios para que usted asegure una residencia fija, regular y adecuada.

Día	Horas de Inicio y Fin
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

Marcar el circulo si días y horas varían

**Nota:** Los Especialistas de Elegibilidad Familiar revisarán la solicitud y determinarán el horario de cuidado infantil.

**PLAN PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE**

Describe su plan para asegurar una residencia fija, regular y adecuada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Juro bajo pena de perjurio que la información contenida en este documento es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## DECLARACION DE INCAPACIDAD

Para ser elegible para servicios de desarrollo y cuidado infantil debido a una condición de salud física o mental que impide que el padre/tutor proporcione cuidado o supervisión durante al menos una parte del día, se requiere la verificación anual por un profesional de la salud con licencia.

### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

**Debe ser completado por el padre/tutor incapacitado.** Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad para cuidar de los niños de la familia lo que se refiere a la elegibilidad de la familia para los servicios de cuidado y desarrollo infantil con subsidio, yo autorizo y solicito al profesional de salud nombrada en parte II para liberar la información solicitada a la agencia identificada a continuación. Además, autorizo al profesional de salud para hablar de esta declaración de incapacidad con la agencia en orden de que agencia pueda verificar, aclarar o completar. Entiendo que el profesional de salud también puede requerir que complete su propio formulario antes de proporcionar la información solicitada a continuación.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		FIRMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA
PRIMER NOMBRE Y EDAD DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA PARA CUIDADO DE NIÑOS:				
1.	2.	3.	4.	

### INFORMACIÓN DE AGENCIA SOLICITANDO

AGENCIA Stanislaus County Office of Education	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA	NUMERO DE TELEFONO ( 209 ) 238-6300
DOMICILIO 1325 H Street #005	CIUDAD Modesto	CODIGO POSTAL 95354

### DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD Y VERIFICACIÓN

**Para ser completado por el profesional de salud con licencia.** Para que la familia sea elegible para recibir servicios de cuidado y desarrollo infantil en la categoría de incapacidad, la ley de California requiere verificación, por lo menos anualmente, de la incapacidad física o mental de los padres o el tutor que representa a la persona incapaz de cuidar o supervisión de menores de la familia sin ayuda. (Vea código de California de regulaciones, título 5, §18088). Se solicita su colaboración completando y enviándonos este formulario a la agencia mencionada dentro de los 15 días de recibo.

<b>PACIENTE</b> _____ TIENE UNA condición física o condición de salud mental que impide que él o ella proporcioné cuidado y supervisión para los menores mencionados por al menos una parte del día.	Por favor, indique el tiempo en un día y los días de la semana, no debe exceder de 50 horas a la semana, que el padre es incapaz de atender o supervisar a los menores.							
	Cuidado Infantil	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Hora de Inicio:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
	Hora de Finalización:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
Si la hora del día no puede ser identificada fácilmente en consulta con el paciente, por favor identificar el número de horas <input type="checkbox"/> y días de la semana [L, M, M, J, V, S, D] que servicios son necesarios								
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA			TIPO DE LICENCIA			NUMERO DE LICENCIA		
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA			FECHA			NUMERO DE TELEFONO ( )		
GRUPO MÉDICO U ORGANIZACIÓN CON LA QUE ESTÁ AFILIADO EL PROFESIONAL, SI CUALQUIER								
DOMICILIO			CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL

**SOLICITUD Y PLAN PARA BUSCAR EMPLEO ACTIVO**

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_

Quiero buscar activamente empleo en los días y horas siguientes. Esto sirve como mi petición de buscar empleo. Estoy solicitando los servicios de cuidado de niños necesarios para asegurar, cambiar o aumentar mi empleo. Entiendo que los servicios de cuidado infantil y desarrollo para buscar empleo pueden ser aprobados por no más de 5 días a la semana y por menos de 30 horas por semana.

Fecha de inicio solicitada: \_\_\_\_\_

Marque si su petición es de un horario vareable. Los días y horarios pueden variar, sin exceder los 5 días especificados a continuación y no más de 30 horas a la semana. Asegúrese de agregar los días de la semana que solicita a continuación.

Día de la semana	Horas de inicio y finalización	
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm

Nota: El Especialista en Elegibilidad Familiar revisará su solicitud y determinará su horario de cuidado infantil aprobado. El horario de cuidado infantil aprobado se basará en las horas de operación de sus proveedores y su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo.

**Plan para obtener empleo. En detalle, describa su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo. Yo,**

---



---

Para aumentar días u horas entre períodos de certificación, se requiere documentación de necesidad como apoyo al formulario de aumento y Solicitud de cambio. Por ejemplo, si obtiene empleo y necesita más días u horas de servicios de cuidado infantil, se debe enviar un formulario de verificación de empleo y solicitud de cambio. Los aumentos en días/horas no serán retrocedidos.

Juro bajo pena de perjurio, y mi mejor conocimiento, que la información anterior es correcta.

**Firma de padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

<p><b>Office use only. Explanation, if applicable, of why approved certified hours vary from parent request:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

### Autodeclaración de Ingresos Comerciales

Para proporcionar servicios de cuidado de niños para un trabajador por cuenta propia, estamos obligados a verificar las actividades laborales e ingresos. Además de la Verificación de empleo por cuenta propia, complete este formulario y adjunte la documentación de respaldo para ayudarnos a determinar su elegibilidad por ingresos.

Mes/año	Ingresos brutos (A) (adjuntar Documentación de respaldo)	Deducciones relacionadas al negocio (B) (adjuntar Documentación de respaldo)	Ingresos contable bruto (C) (Ingresos brutos menos deducciones de negocio es igual ingreso bruto ajustado. A-B = C)

Adjunte documentación para respaldar su calculación de sus ingresos comerciales. (Adjunte todo lo que corresponda):

	Recibos de gastos		Facturas por Producto		Facturas por servicios
	Declaraciones de impuestos		Recibos de Producto		Declaración Trimestral de Impuestos
	Declaración de beneficios comerciales		Declaración de pérdidas comerciales		Recibos de servicios

**Juro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender,** que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta Auto certificación de ingresos es parte de una solicitud de servicios para un programa que se paga con fondos estatales y / o federales. Entiendo que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa de naturaleza podría resultar en la terminación de los servicios para mi hijo/a inscrito en cualquier programa estatal o Head Start y podría tener serias consecuencias legales para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE PURPOSES ONLY:** Staff signature below attests that the parent/guardian's reported income and if applicable Self-Employment is reasonable and/or consistent with community practice.

Date Verified	Staff Initials	Indicate steps taken to verify information

## FORMA DE VERIFICACION PARA EL AUTO-EMPLEO

**En orden de proveer servicios de cuidado infantil** para un trabajador por cuenta propia, estamos obligados a comprobar las actividades de trabajo y de ingresos. Por favor complete este formulario y adjuntar la documentación de apoyo para ayudarnos a determinar su elegibilidad:

Primer Nombre y Apellido del Padre/Tutor (Imprimir) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Negocio \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_ Fecha de Iniciar Negocio \_\_\_\_\_ Numero de Fax del Negocio \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle del Negocio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio (Describa su Negocio. Ejemplo: Estilista, Limpiar Casas, Jardinería, Ventas de Propiedades etc....)

**Especifique** su horario de trabajo (seleccione uno):

- HORARIO FIJO** – Yo trabajo el mismo horario regularmente. Especifique su horario de cada día. (Ejemplo: lunes 8am-5pm)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

- HORARIO FLUCTANTE** – Yo trabajo en una base regular, pero mis días/horas varían. Especifique el horario de trabajo  
Días que posiblemente puede trabajar (Marque todos lo que aplica):  L  M  Mi  J  V  S  D

Primera hora de inicio del trabajo: \_\_\_\_\_ Ultima hora de salida del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Ej. 6:00am) (Ej. 6:00pm)

Número mínimo de horas trabajadas por día: \_\_\_\_\_ Número máximo de horas trabajadas por día: \_\_\_\_\_  
(Ej. 4 horas) (Ej. 8 horas)

- HORARIO VARIABLE** - Trabajo ocasionalmente en una base necesaria.

**Especifique** las condiciones que le impiden cuidar a su hijo, el tipo de trabajo, los requisitos de trabajo, las edades de los niños y las condiciones que le impiden cuidar a su hijo. \_\_\_\_\_

**Especifique** su información de ingreso. Describa como es pagado.

(Ejemplo: Por Trabajo. \$50 por casa; 10 % por venta, \$25 por corte de cabello, \$35 por champú y corte, \$45 por manicura/pedicura)

**Incluya** información de contacto para verificar las fuentes de ingresos del trabajo por cuenta propia: \_\_\_\_\_

**Adjunte** la documentación para verificar su actividad de negocio y los ingresos. (Adjuntar todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Licencia de Negocios	<input type="checkbox"/>	Recibos Para Gastos	<input type="checkbox"/>	Licencia Profesional
<input type="checkbox"/>	Materiales de Anuncios	<input type="checkbox"/>	Impuestos	<input type="checkbox"/>	Declaración de Impuestos Trimestrales
<input type="checkbox"/>	Contrato de Alquiler/Arrendamiento	<input type="checkbox"/>	Libro de Citas	<input type="checkbox"/>	Recibos de Servicios/Productos
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Negocios	<input type="checkbox"/>	Factura de Servicio/Producto	<input type="checkbox"/>	Declaración de Pérdidas y Ganancias del Negocio

**Declaro bajo pena de perjurio**, que la información sobre mi propio negocio es verdadera y correcta. Doy permiso a Stanislaus County Office of Education para solicitar cualquier información necesaria para verificar y apoyar mis días/horas trabajadas y para ponerse en contacto con los clientes, el propietario u otros considerados necesarios.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DEL TIEMPO DE VIAJE DEL PARTICIPANTE (si aplicable)**

En orden de proveer servicios de tiempo de viaje, por favor complete la solicitud debajo:

Especifique el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Explique por qué necesita tiempo de viaje adicional hacia y desde su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLICITUD DEL TIEMPO DEL DORMIR DEL PARTICIPANTE (si aplicable)**

Tiempo para dormir puede ser solicitado si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm-6:00am. Horas solicitadas no pueden superar el número igual de empleo y tiempo de viaje que cae entre 10:00pm-6:00am. Si es aplicable, por favor complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

Especifique días y horas que servicios de cuidado infantil son necesarias para que usted pueda dormir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE PURPOSES ONLY**

Date employment and income Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Regular/Stable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Inconsistent/Unstable Schedule (No pattern. Calculate the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours from either month of the two-month window immediately preceding certification)
- Attestation I, \_\_\_\_\_, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.

## VERIFICACIÓN DE EMPLEO

### COMPLETADO POR EMPLEADO

Primer Nombre y Apellido del Padre/Guardián (Imprimir) Número Telefónico del Negocio

Nombre del Negocio Nombre de Contacto del Negocio Número de Fax

Domicilio del Negocio Ciudad Código Postal

Días Habituales del Negocio Horas Habituales del Negocio

Marque uno:

- Stanislaus County Office of Education tiene permiso para contactar a mi empleador** para verificar información de mi empleo e ingreso. (Adjunte talon de cheque y proveerle a su empleador para completar)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que mi empleador se ha negado o no ha podido proporcionar la información de empleo solicitada. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que ponerse en contacto con mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)

Padre, si solicita tiempo de viaje o reposo adicional sueno, complete también la solicitud en el reverso del formulario.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

### COMPLETADO POR EMPLEADOR

**Para proveerle servicios a su empleado**, debemos tener verificación de su empleo. Si usted tiene alguna pregunta acerca sobre la finalización de esta forma, por favor póngase en contacto con un Especialista de Elegibilidad Familiar al (209) 238-6300.

Fecha de Contrate Posición Actual del Empleado Fecha de Inicio de Posición Actual Lugar de Trabajo

¿Si el empleado está regresando de una ausencia, cual es la fecha de regreso? \_\_\_\_\_

**Especificar** si el empleado trabaja un horario fijo o variable:

**HORARIO FIJO** – Por favor especifique el horario establecido del empleado para cada día (Ejemplo: Lunes- 8am-5pm)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**HORARIO VARIABLE** – Por favor especifique el horario variable del empleado

Días el empleado puede trabajar (Marque todo lo que aplique):  L  M  Mi  J  V  S  D

Tiempo de inicio más temprano de trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo más tarde de salida del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Ej. 6:00am) (Ej. 6:00pm)

Número mínimo de horas trabajadas por día: \_\_\_\_\_ Número máximo de horas trabajadas por día: \_\_\_\_\_  
(Ej. 4 horas) (Ej. 8 horas)

Número mínimo de días trabajadas por semana: \_\_\_\_\_ Número máximo de días trabajadas por semana: \_\_\_\_\_  
(Ej. 4 días) (Ej. 7 días)

Con qué frecuencia trabaja el empleado tiempo extra:  Nunca  Seguido  Ocasionalmente

**Especificar** la información de paga del empleado:

**Pagado con:**  Cheque  Dinero en Efectivo  Cheque Personal **Precio de Paga:** \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
(Ej. \$10.00) (Ej. Hora/Día/Semana/Mes)

**Periodo de Pago:**  Diario  Semanal  Cada dos Semanas  Dos Veces por mes  Mensual

**El empleado recibe cualquiera de los siguientes:**  Tiempo Extra  Comisión  Propinas  Bonos

Nombre de Persona Completando Esta Forma

Título

Firma

Fecha

## SOLICITUD DEL TIEMPO DE VIAJE DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje, por favor complete la solicitud debajo:

Especifique el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Especifique el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SOLICITUD DEL TIEMPO DEL DORMIR DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

**Tiempo para dormir puede ser solicitado** si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm-6:00am. Horas solicitadas no pueden superar el número igual de empleo y tiempo de viaje que cae entre 10:00pm-6:00am. Si es aplicable, por favor complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

Especifique días y horas que servicios de cuidado infantil son necesarias para que usted pueda dormir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## JUSTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE PARA EL CUIDADO DE NIÑOS SI EL LUGAR DE TRABAJO ES EL DOMICILIO (si aplicable)

Especifique si su dirección de trabajo es la misma que su residencia, el tipo de trabajo, los requisitos de trabajo, las edades de los niños y las condiciones que le impiden cuidar a su hijo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Regular/Stable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Inconsistent/Unstable Schedule (No pattern. Calculate the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours from either month of the two-month window immediately preceding certification)
- Attestation, if unable to contact employer: I, \_\_\_\_\_, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.

INSERT COUNTY LETTER HEAD

Date: \_\_\_\_\_

Attention: Family Eligibility Specialist  
Stanislaus County Office of Education  
1325 H Street #005  
Modesto, CA 95354  
Fax (209) 238-4217

This letter is a referral for child care and development services for the children of:

Parent/Guardian Name	Phone Number

The following children are (check one):

- at risk of abuse, neglect and/or exploitation. Child care and development services are needed to reduce or eliminate that risk.
- receiving child protective services and child care and development services are a necessary component of the child protective service plan.

Child's Name	Date of Birth	Days Per Week Care is Needed	Hours Per Day Care is Needed

The probable duration of the child protective services plan or at risk situation is \_\_\_\_\_ months.

I recommend that the income ceiling and any applicable family fee be waived so this family may begin receiving services at the earliest possible date.

If you have any questions, please contact me at (209) 558-\_\_\_\_\_.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Name and Signature

\_\_\_\_\_  
Title

**SAMPLE HOMELESS REFERRAL LETTER**

**Insert Agency Letterhead Here**

(Letter head must be from a legal, medical or socials service agency, a local educational agency Liaison for homeless children and youth, a head start program, or an emergency or transitional shelter)

Date:

ATTN: Stanislaus County Office of Education  
1100 H Street #005  
Modesto, CA 95354

**This letter is a referral for child care and development services for the children of:**

Parent(s)/Guardian(s) Name	Telephone Number

**The children listed below are homeless based on the following criteria:**

- Children are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason
- Children are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to lack of alternative adequate accommodations
- Children living in emergency or transitional shelters
- Children have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings
- Children are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings
- Migratory children qualify as homeless because they are children who are living in similar circumstances listed above

Child care and development services are needed to support the family as follows:

Child's First & Last Name	Date of Birth	Days/Hours Needed
		<b>Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday</b> (circle all days child care & development services are needed) <b>Hours:</b> (Example: 8:00am-5:00pm)
		<b>Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday</b> (circle all days child care & development services are needed) <b>Hours:</b> (Example: 8:00am-5:00pm)
		<b>Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday</b> (circle all days child care & development services are needed) <b>Hours:</b> (Example: 8:00am-5:00pm)

**The probable duration** of the Homeless situation is \_\_\_\_\_ months. According to EC section 8263(a) (1) (B) (i) (III), I declare that the family has a need for childcare due to their living situation. If you have any questions, please contact me at (123) 123-1234.

Sincerely,  
John Doe

Title (Title must be from a legal, medical or socials service agency, a local educational agency Liaison for homeless children and youth, a head start program, or an emergency or transitional shelter)

### VERIFICACIÓN DE ENTRENAMIENTO

**Verificación de Entrenamiento y horario de clases** es requerido al tiempo de certificación inicial. **En el momento de la recertificación**, se requiere documentación de progreso también. Para aumentar los días o horas entre períodos de certificación, se necesita una Verificación de Entrenamiento nueva y Petición Para Cambiar Servicios. Nota: **Los aumentos en días y horas no serán retroactivos.**

#### INFORMACION DE PADRE

Nombre y Apellido del Padre (Imprima) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Quiero ser un \_\_\_\_\_ para el \_\_\_\_\_  
Objetivo profesional/vocacional (ejemplos: Enfermera, Soldador, Cocinera, etc.) Fecha de finalización Esperada

Stanislaus County Office of Education **tiene permiso a contactar mi institución** para verificar la información en este formulario.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE LA INSTITUCIÓN DE ENTRENAMIENTO/EDUCACION

Nombre de la Institución Donde el Entrenamiento/Educación es Recibido \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Este término/semestre/trimestre comienza el \_\_\_\_\_ y termina el \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio de Término Fecha de Finalización del Término

#### PETICION PARA TIEMPO DE ESTUDIO

Si es necesario, puede solicitar tiempo de estudio para un máximo de 2-3 horas por unidad académica. Indicar uno de los siguientes:

- No necesito servicios de cuidado infantil para el tiempo de estudio
- Quisiera solicitar tiempo de estudio para los siguientes días y horas: \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: lunes y miércoles 1pm-3pm)

#### VERIFICACIÓN DE PROGRESO

Complete **UNO** de los siguientes:

- Certificación Inicial o Estudiante Nuevo:** Ningún registro es necesario en este momento
- Recertificación:** Adjuntar copia del informe de calificaciones, transcripción u otros registros del entrenamiento desde el termino, semestre o período de entrenamiento más reciente que muestra su progreso

#### VERIFICACIÓN DE HORARIOS DE CLASE

Complete **UNO** de los siguientes para verificar su horario de la clase actual:

- Adjunto es un listado electrónico de la organización de entrenamiento con los cursos del padre/madre/guardián , o
- Debajo es el horario de clase del padre/madre/guardián con la firma y/o sello de la oficina de registradora.

Día	Hora	# de Salon	Nombre de Curso	Unidades	Crédito
Firma y/o Sello del Registrado de la Institución de Entrenamiento					
Fecha de Firma y/o Sello					

**Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje**, por favor complete la solicitud acentuación: **Especifique** el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de escuela: \_\_\_\_\_

**Especifique** que el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de escuela: \_\_\_\_\_

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes (Verify adequate progress at recertification, 6-year maximum timeline and parent has not exceeded BA +24 units)

## ORIENTACIÓN PARA PADRES DEL PROGRAMA CAPP

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

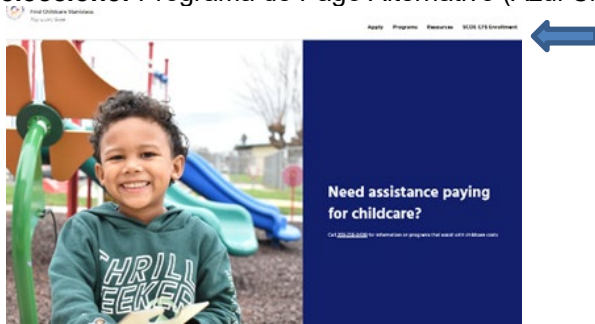
### PASO 1: VER VIDEO DE ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA PAGO ALTERNATIVO

Visite: <https://www.findchildcarestanislaus.org/>

Seleccione: SCOE CFS Enrollment

Seleccione: Orientación del Programa e Inscripción en Curso

Seleccione: Programa de Pago Alternativo (Azul Claro)



#### Program Orientation & Ongoing Enrollment

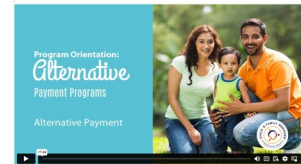
This page has been designed to assist families with understanding the expectations and requirements after enrollment.

#### Family Fees

For families enrolled in our programs that have been selected to have an online payment system available, they will need your invoice that contains the amount owed and account number, along with your payment information.

MY FAMILY FEES

Program Orientation Videos



**Nota: Para mostrar subtítulos en el video, presione CC y seleccione subtítulos en español.**

**Grabar Preguntas** (Personal del Programa le llaman para contestar sus preguntas):

---



---

### PASO 2: Complete Verificación del conocimiento

- 1) Todos los adultos contados en el tamaño de la familia deben tener una necesidad de servicios. Verdadero o Falso
- 2) Para aumentar los días u horas entre los períodos de certificación, se requiere el formulario \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.
- 3) ¿ Si planea cambiar de proveedor, cuánto tiempo llevara la aprobación de la solicitud presentada? \_\_\_\_\_ semanas
- 4) Se requiere que el adulto autorizado firme con la firma completa y registre el tiempo exacto dentro / fuera del cuidado diariamente. Verdadero o Falso
- 5) Si mi hijo está ausente del cuidado, la solicitud de asistencia debe incluir el motivo de la ausencia y la firma. Verdadero o Falso.
- 6) Los reclamos completos enviados a nuestra oficina, serán procesados y el reembolso se emitirá dentro de 21 días de calendario. Verdadero o Falso
- 7) ¿Si no está de acuerdo con una acción, como ser terminado, qué debe hacer? \_\_\_\_\_
- 8) Si la familia tiene una tarifa familiar, se emitirá una NOA para discontinuar los servicios si el pago no se recibe antes del 7 de cada mes. Verdadero o Falso
- 9) Cualquier diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que el programa puede reembolsar es responsabilidad de los padres. Verdadero o Falso

### PASO 3: Revisar el manual

- Revisaré el Manual del Programa de Pago Alternativo en línea a través de findchildcarestanislaus.org. Entiendo que es mi responsabilidad de revisar el manual en línea.
- 
- Revisaré el Manual del Programa de Pago Alternativo. Por favor envíeme una copia del Manual del Programa de Pago Alternativo. Entiendo que es mi responsabilidad revisar el manual. Fecha de envío: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_  
**Devuelva este formulario completado con su paquete de recertificación**