Categorical Eligibility for Families Receiving Governmental Program Benefits

In alignment with Management Bulletin (MB) 23-01, for California State Preschool programs (CSPP), and Child Care Bulletin (CCB) 23-04, for all other State Funded Subsidized Contract Programs, families with a household member currently receiving benefits from a means-tested government program may qualify for eligibility under this provision. Based on the information you provided, your family may meet the eligibility requirements due to a member of your household currently receiving benefits from a means-tested government program.

Please fill out all parts of this form and include the requested supporting documents based on the boxes you check below. The documentation provided will be used by Central Unified School District to determine enrollment priority for childcare services in the State Preschool Program.

Part I – Government Program Attestation

I, _____, attest that _____ is a
Name of Parent/Guardian — Name of Person Receiving Government Benefit

member of my household who is certified to receive the following governmental benefit – ***SELECT ONLY ONE***:

- ☐ Medi-Cal
- ☐ CalFresh (SNAP)
- ☐ California Food Assistant Program
- ☐ California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)
- ☐ The Federal Food Distribution Program on Indian Reservations
- ☐ Head Start / Early Head Start
- ☐ The California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKS/Cash Aid)

Part II - Income Documentation - Check the appropriate box below:

- ☐ ***I have provided*** *the agency with a copy of the* ***income documentation declared on the application of the means-tested government program*** *indicated above.*
- ☐ ***I am self-certifying*** *that* ***I cannot access*** *a copy of the* ***income documentation declared on the application of the means-tested government program*** *indicated above, and to the best of my recollection,* ***I attest that the following family size of*** _____ ***and a monthly income of $***_____ ***was declared*** *on the application for the means-tested government program indicated above.*

Part III - Documentation of Current Enrollment in the means-tested government program indicated above.

I have provided *the agency with the following documentation of current enrollment in the government program indicated above for the preceding month.*

☐ Notice of Action/Approval ☐ WIZ Report ☐ Receipt of Aid ☐ Verification of Benefits

I attest and declare under penalty of perjury and the laws of California that the information provided is true and correct.

_____ _____ _____
Print Parent/Guardian Name — Parent/Guardian Signature — Date

FOR OFFICE USE ONLY

Staff Name _____ Date _____ Rank _____

Elegibilidad Categórica para Familias que Reciben Beneficios de un Programa Gubernamental

De acuerdo con el Boletín de Administración (MB) 23-01, para los programas de preescolar del estado de California (CSPP), y el Boletín de cuidado infantil (CCB) 23-04, para todos los demás programas de contrato subsidiados y financiados por el estado, las familias con un miembro del hogar que actualmente recibe beneficios de un programa gubernamental sujeto a verificación de recursos puede calificar para ser elegible bajo esta disposición. Según la información que proporcionó, su familia puede cumplir con los requisitos de elegibilidad debido a que un miembro de su hogar actualmente recibe beneficios de un programa gubernamental con verificación de recursos.

Complete todas las partes de este formulario e incluya los documentos de respaldo solicitados según las casillas que marque a continuación. La documentación proporcionada será utilizada por el Distrito Escolar Unificado Central para calcular sus tarifas familiares por servicios y/o prioridad de inscripción para determinar la prioridad de inscripción para los servicios de cuidado infantil en el Programa Preescolar Estatal.

Parte I – Certificación de Programa de Gobierno

Yo, _____, doy fe de que _____ es
Nombre de Padre/Tutor — Nombre de la Persona que Recibe Beneficios
un miembro de mi hogar y está certificado para recibir el siguiente beneficio gubernamental. – **SELECCIONE SOLO UNO:**

- ☐ Programa Medi-Cal
- ☐ Programa CalFresh (SNAP)
- ☐ Programa de asistencia alimentaria de California (California Food Assistant Program)
- ☐ Programa especial de nutrición suplementaria de California para mujeres, bebés y niños (WIC)
- ☐ Programa Federal de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias
- ☐ Programa Head Start / Early Head Start
- ☐ Programa de oportunidad laboral de California y responsabilidad hacia los niños (CalWORKS/Cash Aid)

Parte II - Documentación de Ingresos - Marque la casilla correspondiente a continuación:

- ☐ ***He proporcionado*** *a la agencia una copia de la* ***documentación de ingresos declarados en la solicitud del programa gubernamental con verificación de recursos*** *indicada anteriormente.*
- ☐ ***Auto certifico*** *que no puedo acceder una copia de la* ***documentación de ingresos declarados en la solicitud del programa gubernamental con verificación de recursos*** *indicada anteriormente, y hasta donde recuerdo,* ***doy fe de que la cantidad siguiente de miembros de mi familia de _____ y un ingreso mensual de $_____*** *fue declarado en la solicitud para el programa gubernamental sujeto a verificación de recursos indicado anteriormente*

Parte III – Documentación de la inscripción actual en la programa gubernamental con verificación de recursos indicado anteriormente.

He proporcionado *a la agencia* ***la siguiente documentación de inscripción actual*** *en el programa gubernamental indicado anteriormente* ***para el mes anterior****.*

☐ Aviso de Acción/Aprobación ☐ Reporte de WIZ ☐ Recepción de Ayudas ☐ Verificación de Beneficios

Doy fe y declaro bajo pena de perjurio y las leyes de California que la información proporcionada es verdadera y correcta.

_____	_____	_____
Nombre de Padre/Tutor	Firma del Padre/Tutor	Fecha

SÓLO PARA USO EN LA OFICINA

Staff Name _____ Date _____ Rank _____