



GO KIDS, INC

APLICACIÓN DE LISTA DE ESPERA PARA GO KIDS, Inc.

Instrucciones: Llene y regrese esta aplicación o visite <https://www.kinderwait3.com/App/GoKids/KWClientAccess>

INFORMACIÓN FAMILIAR: Padre/Tutor

Fecha de Hoy: _____

PRIMER PADRE/TUTOR

Nombre: _____

Inicial: _____

Apellido: _____

Dirección: _____

Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Tel. de Casa () _____

Tel. del Trabajo () _____

Mensajes/Pager/cell _____

E-mail (opcional) _____

El mejor número para llamarlo es:

Hogar Trabajo Mensajes/Pager/Cell

La mejor hora de llamarle: _____

¿Se le puede llamar al trabajo? No Si

Fecha de nacimiento del padre: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado

¿Habla Usted Ingles? No Si

¿Cual es su idioma principal? _____

¿Cuántos miembros son en su familia? _____

¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR

¿El 2do padre/tutor de al menos uno de los niños vive en la casa? No Si

Nombre: _____

Inicial: _____

Apellido: _____

Dirección: _____

Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Tel. de Casa () _____

Tel. del Trabajo () _____

Mensajes/Pager/cell _____

E-mail (opcional) _____

El mejor número para llamarlo es:

Hogar Trabajo Mensajes/Pager/Cell

La mejor hora de llamarle: _____

¿Se le puede llamar al trabajo? No Si

Fecha de nacimiento del padre: _____

Sexo: Masculino Femenino

¿Habla Usted Ingles? No Si

¿Cual es su idioma principal? _____

Información DE LA FAMILIA: estado de necesidad de Cuidado Infantil

PRIMER PADRE/TUTOR

¿Esta empleado? No Si

Promedio de horas que trabaja por semana: _____

Empleador _____ Dirección _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____

Desde L M Mi J V

Hasta _____

¿Esta buscando empleo? No Si

¿Incapacitado? No Si

¿Esta en entrenamiento o escuela? No Si

Escuela _____ Dirección _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____

Desde L M Mi J V

Hasta _____

¿Esta referido por la Agencia de Protección infantil o esta su niño en riesgo de abuso o negligencia? No Si

¿Esta participando en el Programa de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si

¿A usted participado en el Plan de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si

Si indica que Si, ¿Cuándo fue la ultima fecha que recibió ayuda y/o cheque? _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR

¿Esta empleado? No Si

Promedio de horas que trabaja por semana: _____

Empleador _____ Dirección _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____

Desde L M Mi J V

Hasta _____

¿Esta buscando empleo? No Si

¿Incapacitado? No Si

¿Esta en entrenamiento o escuela? No Si

Escuela _____ Dirección _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____

Desde L M Mi J V

Hasta _____

¿Esta referido por la Agencia de Protección infantil o esta su niño en riesgo de abuso o negligencia? No Si

¿Esta participando en el Programa de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si

¿A usted participado en el Plan de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si

Si indica que Si, ¿Cuándo fue la ultima fecha que recibió ayuda y/o cheque? _____

INFORMACIÓN DE ELIBILIDAD
INFORMACIÓN DE ELIGIBILIDAD DEL INGRESO

PRIMER PADRE/TUTOR (Padre de crianza llene nada mas la parte de estipendio para padres de crianza)

Ingreso bruto:

_____ Mensualmente
 o

Ingresos brutos del último 1040:
 _____ Recibidos

Ayuda Monetaria CalWORKs:
 _____ Mensualmente

Manutención de niño/esposa/o:
 _____ Mensualmente

Desempleo:
 _____ Mensualmente

Otro ingreso mensual:

¿Paga usted mantenimiento de hijos? No Si
 _____ Mensualmente

¿Esta usted recibiendo ayuda monetaria? No Si

¿A usted recibido ayuda monetaria de AFDC, TANF o CalWORKs?
 No Si

(Esto incluye pagos de una sola vez. Únicamente incluye becas monetarias si usted, el padre, es incluido)

Si es si, ¿Cuándo es la fecha cuando termino la ayuda o cuando fue el último pago? _____

Estipendio de Padres de Crianza: _____

¿Se ha mudado en los últimos 24 meses para obtener trabajo de agricultura? No Si

Si es si, ¿cuando fue la ultima fecha que se mudo? _____

¿Son sus ingresos del 50% o más de trabajo de agricultura? No Si

INFORMACIÓN DE PREFERENCIA: Por favor marque todos los programas a los que quiera pertenecer

Condado de Monterey	Condado de San Benito	Condado de Santa Clara	Condado de Santa Cruz
<input type="checkbox"/> Family Childcare Network	<input type="checkbox"/> Family Childcare Network	<input type="checkbox"/> Family Childcare Network	<input type="checkbox"/> Family Childcare Network
	<input type="checkbox"/> Alternative Payment Program	<input type="checkbox"/> Alternative Payment Program	
	<input type="checkbox"/> San Benito CDC	<input type="checkbox"/> Gardner <input type="checkbox"/> Galarza	
	<input type="checkbox"/> R.O. Hardin	<input type="checkbox"/> Paseo <input type="checkbox"/> Los Arroyos	
		<input type="checkbox"/> Ochoa <input type="checkbox"/> San Martin	

COMENTARIOS ADICIONALES DEL PADRE

Información adicional o comentarios acerca de las necesidades de cuidado infantil: _____

DECLARACIÓN

- Declaro bajo pena de perjurio reconocer que la información antes mencionada es completa y verdadera.
- Entiendo que mi elegibilidad es basada sobre la información dada aquí y esta documentación será requerida en la matriculación.
- Para quedar activo en la lista de espera. Debo actualizar esta aplicación con cualquier cambio de empleo, entrenamiento, ingreso, dirección, teléfono, y tamaño de familia.
- Esta aplicación es válida por 6 meses. Si, después de 6 meses, yo no actualizo esta aplicación, seré quitado de la lista de espera.
- Entiendo que mi aplicación podría ser compartida con otras agencias que ofrecen programas de cuidado preescolar/infantil subsidiado.

Firma: _____

Fecha: _____

* La información fraudulenta, falsa, o engañosa proporcionada con el fin de obtener cuidado infantil subsidiado por el estado con respecto al empleo, renta, estado de estudiante, inscripción en un programa de entrenamiento, tamaño de la familia, o la elegibilidad a la incapacitación médica puede ser argumento para la negación de servicios y de la in elegibilidad de los servicios por hasta 6 meses.

**INFORMACIÓN DE ELIBILIDAD
INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Primer Niño:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino
¿Este niño necesita cuidado infantil? No Si
¿Cual es su idioma principal? _____
¿Escuela a la que asiste? _____
Grado: _____
Servicio de Protección: No Si
Necesidades Especiales: No Si
¿Algún hermano/a inscrita en el programa: No Si
¿Si es si, en donde? _____
Este niño necesita cuidado:
 Todo el Día Medio Día Tardes Fin de Semana

Segundo Niño:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino
¿Este niño necesita cuidado infantil? No Si
¿Cual es su idioma principal? _____
¿Escuela a la que asiste? _____
Grado: _____
Servicio de Protección: No Si
Necesidades Especiales: No Si
¿Algún hermano/a inscrita en el programa: No Si
¿Si es si, en donde? _____
Este niño necesita cuidado:
 Todo el Día Medio Día Tardes Fin de Semana

Tercer niño:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino
¿Este niño necesita cuidado infantil? No Si
¿Cual es su idioma principal? _____
Escuela a la que asiste _____
Grado: _____
Servicio de Protección: No Si
Necesidades Especiales: No Si
¿Algún hermano/a inscrita en el programa?: No Si
¿Si es si, en donde? _____
Este niño necesita cuidado:
 Todo el Día Medio Día Tardes Fin de Semana

Cuarto niño:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino
¿Este niño necesita cuidado infantil? No Si
¿Cual es su idioma principal? _____
Escuela a la que Asiste _____
Grado: _____
Servicio de Protección: No Si
Necesidades Especiales: No Si
¿Algún hermano/a inscrita en el programa?: No Si
¿Si es si, en donde? _____
Este niño necesita cuidado:
 Todo el Día Medio Día Tardes Fin de Semana

Por favor regrese esta aplicación por correo o en persona a:

Go Kids Child Development Resource Center
1101 San Felipe Road, Suite D
Hollister, CA. 95023
(831) 637-9205

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha inicial: _____ Actualización #2: _____ Actualización #3: _____ Actualización #4: _____
Estado de Prioridad: _____ Rango: _____
Comentarios: _____
