

CSPP/PT
 CSPP/FT
 CCTR

Fecha de Aplicación _____

FORMULARIO DE INTERES

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR # 1 (Debe brindar información de todos los adultos del grupo familiar)		
Apellido:	Nombre:	Idioma Materno:
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de la casa/Teléfono de celular:	Teléfono del trabajo:	Correo Electrónico:

¿Recibe actualmente ayuda financiera? Si No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? Si No
 Si la respuesta es SI, indique la última fecha el pago de ayuda financiera: ___/___/___

RAZON DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Trabaja (Nombre del empleador/código postal) _____	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo	
<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/código postal) _____	<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda	
<input type="checkbox"/> Medicamente discapacitado/invalido	<input type="checkbox"/> Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño UNICAMENTE	<input type="checkbox"/> Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)					
INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo salario o ingresos de empleo autónomo	\$	Pensión alimenticia para cónyuge	\$	
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	
\$	Otro:	\$			

INFORMACION DEL PADRE / TUTOR #2		
Apellido:	Nombre:	Idioma Materno:
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:

¿Recibe actualmente ayuda financiera? Si No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? Si No
 Si la respuesta es SI, indique la última fecha el pago de ayuda financiera: ___/___/___

RAZON DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Trabaja (Nombre del empleador/código postal) _____	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo	
<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/código postal) _____	<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda	
<input type="checkbox"/> Medicamente discapacitado/invalido	<input type="checkbox"/> Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño UNICAMENTE	<input type="checkbox"/> Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)					
INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo salario o ingresos de empleo autónomo	\$	Pensión alimenticia para cónyuge	\$	
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	
\$	Otro:	\$			

NIÑO QUE VIVEN EN EL HOGAR (Todos los niños del grupo familiar menores de 18 o menores de 22 años si son inválidos)

# 1. Nombre:				# 2. Nombre:			
Apellido:				Apellido:			
Fecha de nacimiento: __/__/__	Sexo: M F	Códigos postales preferidos para el cuidado:		Fecha de nacimiento: __/__/__	Sexo: M F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidados que se necesita: Jomada Completa Jomada parcial Tardes NONE				Cuidados que se necesita: Jomada Completa Jomada parcial Tardes NONE			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:		Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCION				SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCION			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso:	Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso:
\$				\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una denvacion) __Si __No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:		¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una denvacion) __Si __No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: __Biológico __De custodia tutelar __De tutela __Adoptiva __Otra:				Relación de los "padres" con este niño: __Biológico __De custodia tutelar __De tutela __Adoptiva __Otra:			

# 3. Nombre:				# 4. Nombre:			
Apellido:				Apellido:			
Fecha de nacimiento: __/__/__	Sexo: M F	Códigos postales preferidos para el cuidado:		Fecha de nacimiento: __/__/__	Sexo: M F	Códigos postales preferidos para el cuidado:	
Cuidados que se necesita: Jomada Completa Jomada parcial Tardes NONE				Cuidados que se necesita: Jomada Completa Jomada parcial Tardes NONE			
Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:		Nombre de la escuela del niño y grado:		Distrito:	
SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCION AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCION				IF CHILD IS IN CHILD PROTECTIVE SERVICES, PLEASE COMPLETE HERE			
Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso:	Pagos de custodia tutelar	Nombre del trabajador social	Numero de contacto	Numero de caso:
\$				\$			
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una denvacion) __Si __No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:		¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una denvacion) __Si __No Derivado por: _____		Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:	
Relación de los "padres" con este niño: __Biológico __De custodia tutelar __De tutela __Adoptiva __Otra:				Relación de los "padres" con este niño: __Biológico __De custodia tutelar __De tutela __Adoptiva __Otra:			

NiÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MEDICAS

Marque todas la opciones que correspondan para cada niño enumerado arriba	Niño # 1	Niño # 2	Niño # 3	Niño # 4
El niño tiene un Plan individual de servicios para la familia (IFSP, Individual Family Services Plan) 0-3 años				
El niño tiene un Plan individual de educación (IEP, Individual Education Plan) 3 años o mas				
Recibe servicios a través de un centro regional/Early Start				
Recibe servicios a través de un distrito escolar local (educación especial)				
Retrasos del desarrollo (cognitivo, autismo, síndrome de Down, etc.)				
Retrasos de desarrollo (físico, motriz)				
Comportamiento o retrasos emocional/sociales				
Problemas de salud/médicos (asma, diabetes, otro _____)				
Problemas de habla/idioma/comunicación				
Problemas de audición/visión				
Discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.)				