



RIVERSIDE COUNTY  
OFFICE OF EDUCATION

# Solicitud para la lista de elegibilidad (EL)

## Datos de los padres

### Padre, madre o tutor 1

### Padre, madre o tutor 2

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

\_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Masculino  Femenino

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

\_\_\_\_\_

Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Celular/Recado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Casado:  Sí  No

Sí  No

Padre soltero:  Sí  No

Sí  No

Etnia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Habla inglés?:  Sí  No

Sí  No

Es:  Padre biológico  Padre de crianza  
 Padre adolescente  Abuelo  
 Pariente que no sean los padres  Trabajador migrante

Padre biológico  Padre de crianza  
 Padre adolescente  Abuelo  
 Pariente que no sean los padres  Trabajador migrante

## Composición de la familia

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

## CalWORKs (Welfare)

¿Quién está actualmente participando en de CalWORKs o recibiendo ayuda monetaria?

Padres  Niño  Ninguno

### Padre, madre o tutor 1

### Padre, madre o tutor 2

Padres  Niño  Ninguno

Si ha recibido asistencia a largo plazo (Desvío) de CalWORKs, ¿en qué fecha los recibió?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si ya no recibe ayuda monetaria de CalWORKs, en qué fecha dejó de recibirla?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Necesidad de cuidado infantil

(Por favor asegúrese de que cuando menos uno de los siguientes sea Sí para el padre o tutor 1 y el padre o tutor 2 en el hogar).

Incapacitado debido a necesidades documentadas ya sean médicas o psiquiátricas:

Sí  No

Sí  No

Trabajando:

Sí  No

Sí  No

Educación o capacitación:

Sí  No

Sí  No

Buscando empleo activamente:

Sí  No

Sí  No

En busca de vivienda permanente/indigente:

Sí  No

Sí  No

**Empleo o capacitación**

**Padre, madre o tutor 1**

**Padre, madre o tutor 2**

Empleador:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____
Escuela:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____

**Ingreso mensual**

Si su ingreso es 0, por favor indique en la sección de “comentarios adicionales” cómo es que usted y su familia se mantienen.

**Padre, madre o tutor 1**

**Padre, madre o tutor 2**

Trabajo o empleo:	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil, pero no TANF:	\$ _____	\$ _____
Manutención conyugal:	\$ _____	\$ _____
CalWORKS únicamente del estado o TANF:	\$ _____	\$ _____
Seguro social:	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	\$ _____	\$ _____
Discapacidad:	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso:	\$ _____	\$ _____
<b>Ingreso familiar en bruto (antes de impuestos):</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

Se le pedirán talones de cheque u otra documentación para verificar su ingreso antes de que pueda matricular a su niño en cualquier programa financiado por el estado. Si su ingreso real difiere de la cantidad dada anteriormente, su elegibilidad para los programas podría verse afectada.

**Datos del niño**

En la EL no se permite incluir niños que aún no han nacido.

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Etnia:  Blanco  Hispano o latino  Otro  
 Afroamericano  Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma:  Inglés  Español  Otro  
Distrito (si es de edad escolar): \_\_\_\_\_  
Género:  Masculino  Femenino  
Niño de crianza temporal:  Sí  No  
¿Desea servicios para este niño?  Sí  No  
¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento.: \_\_\_\_\_  
Etnia:  Blanco  Hispano o latino  Otro  
 Afroamericano  Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma:  Inglés  Español  Otro  
Distrito (si es de edad escolar): \_\_\_\_\_  
Género:  Masculino  Femenino  
Niño de crianza temporal:  Sí  No  
¿Desea servicios para este niño?  Sí  No  
¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No

3. Nombre: \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Etnia:  Blanco  Hispano o latino  Otro  
 Afroamericano  Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma:  Inglés  Español  Otro  
Distrito (si es de edad escolar): \_\_\_\_\_  
Género:  Masculino  Femenino  
Niño de crianza temporal:  Sí  No  
¿Desea servicios para este niño?  Sí  No  
¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No

4. Nombre: \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Etnia:  Blanco  Hispano o latino  Otro  
 Afroamericano  Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma:  Inglés  Español  Otro  
Distrito (si es de edad escolar): \_\_\_\_\_  
Género:  Masculino  Femenino  
Niño de crianza temporal:  Sí  No  
¿Desea servicios para este niño?  Sí  No  
¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No

5. Nombre: \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Etnia:  Blanco  Hispano o latino  Otro  
 Afroamericano  Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma:  Inglés  Español  Otro  
Distrito (si es de edad escolar): \_\_\_\_\_  
Género:  Masculino  Femenino  
Niño de crianza temporal:  Sí  No  
¿Desea servicios para este niño?  Sí  No  
¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No

**Programa de cuidado solicitado**

(Por favor marque todo lo que proceda).

¿Está buscando algún programa, proveedor o localidad en especial?  Sí  No Por favor indique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primer programa disponible

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, verifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta.*

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Atención: la información contenida en esta solicitud será agregada a la lista de elegibilidad del condado de Riverside que está a disposición de toda agencia que recibe financiamiento del estado. Los datos, sin incluir nombres, se compartirán con el estado de California con propósitos informativos.*

**Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (800) 442-4927.**

**Por favor devuelva la solicitud llena por correo electrónico**

**a randr@rcoe.us, por FAX al [951] 826-4479 o**

**por correo a: Riverside County Office of Education**

**Eligibility List**

**P.O. Box 868**

**Riverside, CA 92502-0868**