

INFORMACIÓN DEL NIÑO

CEL del Condado de San Joaquín

Por favor complete las preguntas siguientes para cada niño menor de 18 años viviendo en su casa que los unen lazos consanguíneos, matrimonio, o adopción O que sea un niño por quien usted ha sido designado como encargado legal o padre temporal, ya sea que necesiten o no el cuidado de niños o servicios de o pre-escolar.

- 1) ¿Cuál es el nombre del niño? _____
- 2) ¿Cuál es el apellido del niño? _____
- 3) ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño? Mes Día Año mm/dd/aaaa
- 4) ¿Cuál es el género del niño? Masculino Femenino
- 5) ¿Cuál es su relación con este niño?
 Madre Padre Padre Temporal Encargado Legal
- 6) ¿Necesita este niño servicios de cuidado de niños o de guardería? Sí No
- 7) ¿Necesita este niño servicios prescolares? Sí No
Para recibir servicios prescolares, el niño de tener actualmente 3 o 4 años de edad o cumplirlos para el próximo año escolar.

- 8) Por favor marque **UNA** de las siguientes opciones para este niño:
 Este niño perdió el cuidado de niños a través de CalWORKS **Stage 3** por la eliminación del programa.
Este niño se le va a terminar o será terminado fuera del cuidado de niños de CalWORKS **Stage 2.**
 Las opciones arriba mencionadas no pertenecen a este niño.

ALTO: Si las preguntas #6 Y #7 son "No", detengase aquí. Por favor continúe llenando las formas adicionales para todos los niños que viven en su casa necesiten o no cuidado infantil o servicios de pre-escolares. Si la respuesta #6 Y #7 es "Sí", que el niño necesita estos servicios, debe usted llenar las siguientes preguntas.

- 9) ¿Qué idioma habla usted en casa?
 Inglés Español Hmong Otro
 Farsi Punjabi Vietnames Rehusé Declarar
- 10) ¿Qué tipo de servicio necesita usted?
 Tiempo parcial (3-4 horas por día) Tiempo completo (6+ horas por día) Cuidado en la noche
 Cuidado en Fin de Semana Cuidado antes/después de la escuela
- 11) ¿En qué grado está este niño? **Por favor circule uno:** No Aplica K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
- 12) ¿Recibe actualmente este niño servicios de cuidado gratis o servicios pre-escolar? Sí No
- 13) ¿Si la respuesta es sí, dónde recibe este niño el cuidado gratis o servicios pre-escolar?
 Early Head Start Head Start Programa de CalWorks Programa de CalSAFE Preescolar del Estado Otro
- 14) ¿Si necesita cuidado de niños, en qué área prefiere usted el cuidado de guardería para que sea localizado?
 Acampo French Camp Lathrop Lodi Manteca Stockton Tracy Thornton

Lugar de preferencia: _____

- 15) Si usted Necesita pre-escuela, dentro de qué **distrito** vive usted?
 Lincoln Lodi Manteca Stockton Tracy/Banta

Lugar de preferencia: _____

- 16) ¿Ha sido este niño actualmente referido por los Servicios de Protección Infantil? (CPS) Sí No
- 17) ¿Es niño a sido declarado en-riesgo de negligencia, abuso, y/o de la explotación por un profesional?
 Sí No

(Si usted marcó sí, se le requiere proporcionar la fecha legal el caso de CPS o la declaración cuando el En-Riesgo comenzó para recibir prioridad. Por favor anote la fecha de referencia o el documento legal fue entregado aquí: _____).

- 18) ¿Tiene este niño un Plan Individual de Educación? (IEP) o un Plan Individual de Servicio de Familia? (IFSP)? Sí No
- 19) ¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No
¿Si la respuesta es sí, cuál es la necesidad especial del niño? _____
- 20) Por favor marque "sí", si este niño es adoptado temporalmente o si usted tiene tutela legal o es cuidado por un pariente. Sí No
- 21) ¿Este niño adoptado temporalmente o niño que usted tiene tutela legal o es pariente que lo cuida tiene hermanos o hermanas que vive con usted también? Sí No
- 22) Por favor anote la cantidad total mensual de pagos para el niño adoptado temporalmente que usted recibe para el cuidado de este niño. \$.

Por favor adjunte este documento a la Forma de Solicitud Principal