

# 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 unan 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 guardería o servicios de preescolar?  Sí  No

**ALTO: Si la pregunta #6 es No, deténgase y continúe al siguiente niño que necesite o que necesite no cuidado infantil o servicios de pre-escolar. Si la respuesta #6 es Si, necesita servicios usted debe completar las siguientes preguntas. HAGA UNA COPIA ADICIONAL POR CADA NIÑO.**

- 7) ¿Cuál es la étnicidad de este niño?  
 Indio Americano/Nativo de Alaskan  Asiático  Rehusé Declarar  
 Americano Negro/Africano  Caucásico/Blanco  Otro  
 Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico otro  Multirracial  No sabe  
 Hispano/Latino  Del Medio Oriente
- 8) ¿Qué idioma habla usted en casa?  
 Inglés  Español  Hmong  Otro  
 Farsi  Punjabi  Vietnamés  Rehusé Declarar
- 9) ¿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
- 10) ¿En qué grado está este niño? **Por favor circule uno:** No Aplicable K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
- 11) ¿Recibe actualmente este niño servicios de cuidado gratis o servicios pre-escolar?  Sí  No
- 12) ¿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
- 13) ¿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:** \_\_\_\_\_
- 14) Si usted Necesita pre-escuela, dentro de qué **distrito** vive usted?  
 Banta  Lincoln  Lodi  Manteca  Stockton  Tracy  
**Lugar de preferencia:** \_\_\_\_\_
- 15) ¿Ha sido este niño actualmente referido por los Servicios de Protección Infantil? (CPS)  Sí  No
- 16) ¿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 En-Riesgo comenzó para recibir prioridad. Por favor anote la fecha de referencia o el documento legal fue entregado aquí: \_\_\_\_\_).**
- 17) ¿Tiene este niño un Plan Individual de Educación? (IEP) o un Plan Individual de Servicio de Familia? (IFSP)?  Sí  No
- 18) ¿Tiene este niño necesidades especiales?  Sí  No  
¿Si la respuesta es sí, cuál es la necesidad especial del niño? \_\_\_\_\_
- 19) ¿Tiene este niño un hermano o hermana que actualmente recibe servicios de cuidado gratis?  Sí  No
- 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**