

3737 Martin Luther King Jr. Blvd., Suite 201 Lynwood, CA 90262 (310) 638-8108 Fax (310) 638-9554

LISTA DE ELEGIBILIDAD PARA LOS CENTROS DE DREW

¿Cómo se enteró de nuestro programa?: _____

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 del trabajo:		Teléfono celular:	
¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO , ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , indique la última fecha del pago de la 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 esta en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código Postal:) _____			<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda		
<input type="checkbox"/> Médicamente discapacitado/inválido <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	\$	Cupones para alimentos (estampillas de comida)
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	Pensiones/rentas vitalicias
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda financiera (del Condado)
\$	Otro:	\$	Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		
INFORMACION DEL PADRE/TUTOR # 2					
Apellido:		Nombre:		Idioma materno:	
Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:		Teléfono celular:	
¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO , ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , indique la última fecha del pago de la 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 esta en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código Postal:) _____			<input type="checkbox"/> Sin hogar/buscando una vivienda		
<input type="checkbox"/> Médicamente discapacitado/inválido <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	\$	Cupones para alimentos (estampillas de comida)
\$	Beneficios del seguro social	\$	Discapacidad estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Compensación para trabajadores	\$	Pensión alimenticia para hijos	\$	Pensiones/rentas vitalicias
\$	Seguridad de ingreso suplementario	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda financiera (del Condado)
\$	Otro:	\$	Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes?		

NIÑOS 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		Centro de Drew preferido para el cuidado:		Centro de Drew preferido para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los que correspondan)				Cuidado que se necesita: (Marque todos los que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> Tardes		<input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de semana		<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> Fines de semana		<input type="checkbox"/> NINGUNO	
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		Contacto contacto		Número de caso	
\$							
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Derivado por: _____	¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Derivado por: _____
Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:				Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:			
Relación de los "padres" con este niño:				Relación de los "padres" con este niño:			
<input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De Custodia Tutelar <input type="checkbox"/> De Tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De Custodia Tutelar <input type="checkbox"/> De Tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

#3. Nombre				#4 Nombre			
Apellido				Apellido			
Fecha de nacimiento:		Sexo: M F		Centro de Drew preferido para el cuidado:		Centro de Drew preferido para el cuidado:	
Cuidado que se necesita: (Marque todos los que correspondan)				Cuidado que se necesita: (Marque todos los que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> Tardes		<input type="checkbox"/> Tardes	
<input type="checkbox"/> Fines de semana		<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> Fines de semana		<input type="checkbox"/> NINGUNO	
Nombre de la escuela del niño y grado:			Distrito:	Nombre de la escuela del niño y grado:			Distrito:
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		Número de contacto		Número de caso	
\$							
¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Derivado por: _____	¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Derivado por: _____
Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:				Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar:			
Relación de los "padres" con este niño:				Relación de los "padres" con este niño:			
<input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De Custodia Tutelar <input type="checkbox"/> De Tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:				<input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De Custodia Tutelar <input type="checkbox"/> De Tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra:			

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MEDICAS				
Marque todas las 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 más				
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 del desarrollo (físico, motriz)				
Comportamiento o retrasos emocionales/sociales				
Discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.)				
Problemas de salud/médicos(asma, diabetes, otro _____)				
Problemas de habla/idioma/comunicación				
Problemas de audición/visión				