

CUIDADO DE NIÑOS MIGRATORIOS-MCAP

Aplicación para *Lista de Espera*

El Programa de Cuidado de Niños Migratorios mantiene una lista de espera como requiere el Programa. Toda información es confidencial.

Gracias por tomar interés en el Programa MCAP. Para poder calificar en el Programa de Cuidado de Niños Migratorios debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Migrar** - La familia tendrá que mudarse por lo menos una vez cada 12 meses con el propósito de trabajar en agricultura
- Trabajador de agricultura**- Tendrá que ganar por lo menos cincuenta por ciento (50%) del ingreso total en la pesca, agricultura, o trabajo relacionado con la agricultura.
- Ingreso** - El ingreso de la familia no podrá exceder la tabla de ingreso. Los últimos 12 meses de ingreso serán calculados para determinar la elegibilidad.
- Edades**- Niños de 0-12 años de edad y niños con necesidad especial o deshabilitados (desde su nacimiento hasta los 21 años de edad)
- Necesidad**- Padres que están trabajando, buscando empleo, tomando un curso vocacional, o si no tienen donde vivir o esta buscando vivienda

Proceso de Aplicación:

1. Llenar la aplicación y proveer la siguiente documentación:
 - Acta de nacimiento para cada niño
 - Vacunas para cada niño
 - Prueba de ingreso de los últimos 12 meses
 - Prueba de dirección actual
 - Prueba que emigro en los últimos 12 meses

2. **Envíe la aplicación a:**

**Community Action Partnership of Kern
Migrant AP Child Care Program
5005 Business Park North
Bakersfield, CA 93309**

O llévela personalmente a:

Migrant AP Child Care- MCAP

3. Después de recibir la aplicación **completa**, se procesará y será asignada a un número de rango. El Programa le notificará su estatus en la lista de espera.
4. Cuando su número sea escogido, se le notificará por teléfono o correo la fecha, hora y local de su cita.
5. Las familias en la lista de espera deben llamar al Programa inmediatamente si tiene cambios en el: número de teléfono, dirección, tamaño de familia y/o ingreso.

NOTA: *Estar en la lista de espera no garantiza que será inscrito en el Programa de Cuidado de niños Migratorio. Being placed on the waiting list does not guarantee placement into the Migrant Childcare AP Program*

*Si tiene alguna pregunta por favor llame al **1.800.259.8866***

Date _____ FID _____
 Mailed _____
 Returning Family
 Initial Application
 Information Change

Aplicación para Lista de Espera

Nota: Aplicaciones incompletas NO SE PROCESSARAN

APLICANTE A

Nombre y Apellido

Número de Seguro Social

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

() _____ () _____
Casa # Trabajo

APLICANTE B

Nombre y Apellido

Número de Seguro Social

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

() _____ () _____
Casa # Trabajo

**Marque las razones por las que ocupa cuidado para sus niños
 (Marque todas las que sean aplicables)**

APLICANTE A:

- _____ Trabaja
- _____ Buscando empleo
- _____ Incapacidad
- _____ Educación o entrenamiento
- _____ Indigente o buscando vivienda
- _____ Otro (explique)

APLICANTE B:

- _____ Trabaja
- _____ Buscando empleo
- _____ Incapacidad
- _____ Educación o entrenamiento
- _____ Indigente o buscando vivienda
- _____ Otro (explique)

**INGRESO (Marque todas las que sean aplicables)
 Por favor incluya el ingreso total antes de deducciones**

APLICANTE A:

- \$ _____ Empleo
- \$ _____ Negocio Propio
- \$ _____ Desempleo
- \$ _____ TANF
- \$ _____ Seguro Social/SSI
- \$ _____ Compensación para Trabajadores
- \$ _____ Pensión Alimentaria (child support)
- \$ _____ Pago de pensión de menores
- \$ _____ Otro(explique)
- \$ _____ Total

APLICANTE B:

- \$ _____ Empleo
- \$ _____ Negocio Propio
- \$ _____ Desempleo
- \$ _____ TANF
- \$ _____ Seguro Social/SSI
- \$ _____ Compensación para Trabajadores
- \$ _____ Pensión Alimentaria (child support)
- \$ _____ Pago de pensión de menores
- \$ _____ Otro (explique)
- \$ _____ Total

DEPENDIENTE
Por favor incluya a cualquier adulto considerado como dependiente

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación
-------------------	---------------------	------	----------

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación
-------------------	---------------------	------	----------

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación
-------------------	---------------------	------	----------

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación
-------------------	---------------------	------	----------

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación
-------------------	---------------------	------	----------

1. _____ **Necesidades Especiales:** Esto es aplicable a todo niño que sea elegible para Educación Especial o niños en Programas Individuales Educativos.
Nombre del niño que recibe servicios: _____

2. _____ **Incapacidad severa:** Esto aplica para niños con incapacidades mentales y/o físicas severas.
Nombre del niño(s): _____

3. _____ **Servicios de Protección:** Niños recibiendo servicios del Departamento del Estado que están a riesgo de abuso, o negligencia. (Por favor incluya la copia de referencia de la agencia)
Agencia: _____
Nombre del niño: _____

Cual es su lenguaje: _____ *Inglés* _____ *Español* _____ *Mixteco* *Otro* _____

Sabe escribir y/o leer: _____ *Sí* _____ *No* _____ **¿Que lenguajes?** _____ *Inglés* _____ *Español* _____ *Mixteco*

Otro _____

YO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ES CIERTA Y CORRECTA. SI HAY ALGÚN CAMBIO EN LA INFORMACIÓN EN ESTA APLICACIÓN LO REPORTARÉ A MI ESPECIALISTA DE SERVICIOS FAMILIARES. YO ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ USADA PARA ESTABLECER MI ELEGIBILIDAD Y PRIORIDAD EN LA LISTA DE ESPERA Y QUE LA INFORMACIÓN SERÁ VERIFICADA ANTES DE SER APROBADA PARA SERVICIOS CON ESTE PROGRAMA.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del solicitante

Fecha