

***Cuidado De Niños Migratorios***  
***Programa de Pagos Alternativos - MCAP***

5005 Business Park North, Bakersfield, CA 93309  
Teléfono: 1-800-259-8866 Fax: 661-396-1746



**Aplicación para la Lista de Espera**

Para ser elegible a nuestros servicios, los padres tendrán que cumplir con los siguientes requisitos:

- A) Trabajador en agricultura: ganar por lo menos cincuenta por ciento (50%) del ingreso total en la pesca, agricultura, o trabajo relacionado con la agricultura.
- B) Migratorio: La familia tendrá que mudarse por lo menos una vez cada 12 meses con el propósito de trabajar en agricultura. Si la familia se muda, tendrá que mantener una residencia temporal de por lo menos 30 días. La distancia de una residencia a otra tendrá que ser 75 millas o más. Si está aplicando por primera vez tendrá que aplicar y establecer residencia en uno de los 6 condados: Kern, Tulare, Fresno, Kings, Madera y Merced. Después, si usted se muda dentro de California, usted podrá seguir recibiendo servicios. Si esta es la primera vez que aplica para los servicios y no se ha migrado recientemente, pero tiene la intención en los siguientes 12 meses, entonces usted podría calificar para un período de certificación, siempre y cuando cumpla con los otros requisitos de la elegibilidad y la necesidad. Una familia sólo podrá calificar con un "Intención de emigrar" cuando están aplicando para recibir los servicios por primera vez. Después, si la familia no ha migrado para el trabajo agrícola durante su primera certificación, la familia ya no será elegible para los servicios.
- C) Ingreso: El ingreso de la familia no podrá exceder la tabla de ingreso. Los últimos 12 meses de ingresos serán calculados para determinar la elegibilidad.
- D) Necesidad: Los padres tendrán que tener por lo menos una de las siguientes necesidades.
  - Empleo
  - Buscando Empleo
  - Incapacitado
  - Entrenamiento Vocacional
  - Sin Hogar y Buscando Vivienda
- E) Tener niños de 0-12 años de edad. Niños con necesidades especiales o discapacitado podrán recibir servicios desde su nacimiento hasta los 21 años de edad mientras sigan siendo elegibles

**El Programa de Cuidado de Niños Migratorios mantiene una lista de espera como es requerido por El Departamento de Educación de California. Estar en la lista de espera no garantiza que será inscrito en el Programa de Cuidado de niños Migratorios.**

**Proceso de Aplicación:**

1. Someter una aplicación con todos los documentos necesarios.
2. Al recibir su aplicación completa, se procesara y asignara un número de rango.
3. Cuando haya un espacio disponible para su niño, le notificaremos por correo o teléfono de la fecha, hora y dirección donde se llevara a cabo su cita de orientación.
4. Las familias en la lista de espera deben notificar al programa si tienen cambios en su número de teléfono, dirección, tamaño de familia o ingresos.
5. Envíe su Aplicación a: (o llámenos para una cita si desea entregarla personalmente).

FID# \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_  
 [ ] Returning [ ] New Family

## Aplicación para Lista de Espera

*Nota:* Su aplicación deberá estar completa e incluir todos los documentos necesarios para poderse incluir en la lista de espera.

**Adulto A (madre o Padre):**

**Adulto B (madre o padre):**

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Dirección de Correo

Ciudad

Estado

Código Postal

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Numero de Celular

Número de Casa o Mensaje

**Niños:** (Incluya todos sus dependientes aunque no necesiten servicios).

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación	Necesidades Especiales
_____	_____	_____	SI ___ NO ___
_____	_____	_____	SI ___ NO ___
_____	_____	_____	SI ___ NO ___
_____	_____	_____	SI ___ NO ___
_____	_____	_____	SI ___ NO ___

Marque las razones por las que necesita cuidado para sus niños

*(Marque todas las que sean aplicables)*

**Adulto A:** \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Buscando empleo \_\_\_ Incapacidad \_\_\_ Educación o entrenamiento \_\_\_ Indigente \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_.

**Adulto B:** \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Buscando empleo \_\_\_ Incapacidad \_\_\_ Educación o entrenamiento \_\_\_ Indigente \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_.

**Cual es su lenguaje:** \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Dialecto \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_.

**Lee y Escribe:** \_\_\_ Ingles \_\_\_ Español \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_.

**Ingresos Familiares:** (Favor de incluir los totales por mes antes de las deducciones para todas sus fuentes de ingreso).

Salario / Ingresos por Trabajo	\$
Desempleo	\$
Asistencia Monetaria	\$
Pensión Alimenticia (child support)	\$
Otro (explique):	\$

**YO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ES CIERTA Y CORRECTA. 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 de Madre / Padre o Adulto Responsable por el niño.

\_\_\_\_\_  
Fecha