



Kings Community Action Organization
Forma para Interés para El Cuidado Infantil
Trabajadores Esenciales y Población en Riesgo

Este es un formulario de interés y no garantiza los servicios. Los formularios de interés dan prioridad de acuerdo con las prioridades establecidas por el Gobernador de California y el Departamento de Educación. Nuestro personal se pondrá en contacto con usted si se le considera la próxima familia más elegible y si hay fondos disponibles.

Por favor escriba claramente con letra de imprenta:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Ingreso MENSUAL, en bruto (antes de deducciones): _____ Tamaño de familia: _____

¿Cuántos niños de su familia, menores de 13 años, necesitan servicios de cuidado infantil? _____

¿Cuál es la necesidad por la cual necesita cuidado infantil?

- Servicios de protectores de niños
- Cuidado emergencia, puente para familias de crianza (Foster Bridge)
- Sin hogar
- Sobreviviente de violencia doméstica
- Niños con discapacidades/necesidades especiales de atención médica y el IEP/IFSP incluyendo servicios de aprendizaje y cuidado temprano

¿Tiene la capacidad de trabajar de forma remota? SÍ _____ NO _____

En qué Sector Esencial está empleado:

- Salud Sanitaria/Salud Pública o Servicios de Emergencia
- Alimentos/Agricultura, Energía, Agua/Aguas Residuales, Transporte/Logística, Comunicaciones/IT, Operaciones Gubernamentales Basadas en la Comunidad/Funciones Esenciales, Fabricación Crítica, Peligrosa, Financiera, Química, Base Industrial de Defensa, o Personal/Proveedores de Cuidado Infantil Y Servicios Educativos
- Otro Sector Esencial

¿Hay un segundo padre en el hogar? SÍ _____ NO _____

Nombre del segundo padre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ (si es diferente al anterior)

Cuál es la necesidad del segundo padre para el cuidado de niños:

- Servicios de protectores de niños
- Cuidado Emergencia, puente para familias de crianza (Foster Bridge)
- Sin hogar
- Sobreviviente de violencia doméstica
- Niños con discapacidades/necesidades especiales de atención médica y el IEP/IFSP incluyendo servicios de aprendizaje y cuidado temprana

¿Tiene la capacidad de trabajar de forma remota el segundo padre? SI _____ NO _____

En qué Sector Esencial está empleado:

- Salud Sanitaria/Salud Pública o Servicios de Emergencia
- Alimentos/Agricultura, Energía, Agua/Aguas Residuales, Transporte/Logística, Comunicaciones/IT, Operaciones Gubernamentales Basadas en la Comunidad/Funciones Esenciales, Fabricación Crítica, Peligrosa, Financiera, Química, Base Industrial de Defensa, o Personal/Proveedores de Cuidado Infantil Y Servicios Educativos
- Otro Sector Esencial

¿Tiene un proveedor de cuidado infantil? Sí _____ NO _____

Tiene su proveedor: Licencia para cuidar niños ____ Exento de licencia (familia, amigo o vecino) ____

Por favor ponga su firma y fecha indicando que la información reportada en este "Formulario de Interés" es verdadera y correcta a su mejor conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

Date Received: _____

Entered on Interest Spreadsheet: _____

Staff Initials: _____

Priority Category: _____