



The mission of Children's Resource & Referral of Santa Barbara County is to develop strong and healthy families by providing education, care, and resource systems to children, their parents, and caregivers, with a special emphasis on low income and under-represented children and families.

www.crrsbc.org

Programa de Pago Alternativo de California (CAPP)

El APP administrado por Recursos y Referencias del Condado de Santa Bárbara es un programa elegido por el padre que sirve a niños de 0-13 años mientras los padres trabajan, están en búsqueda de trabajo o en un entrenamiento. La elegibilidad es determinada según la necesidad, el tamaño de familia y sus ingresos brutos mensuales. Las familias pueden elegir entre una variedad de cuidado infantil; centros de cuidado infantil con licencia, hogar de cuidado infantil, una amistad, un familiar o un vecino (exento de licencia).

¿Cómo me seleccionan?

Los fondos para el Programa de Pago Alternativo es limitado; la familias ser servidas en base a los fondos disponibles del Departamento de Educación de California. Las familias que aplican serán colocadas en una lista de espera. Cada solicitante recibe un número de clasificación que se calcula usando los ingresos brutos mensuales. Los números de rango van del 1-61. Es común tener varias familias con el mismo número de clasificación. Familias con el número de orden más bajo se sirven en primer lugar. Su número de clasificación no cambiara a menos que tengan cambios de tamaño de ingreso o de la familia.

Las familias se clasifican para la inscripción de conformidad con las normas establecidas por el Estado de California. Prioridades de admisión con las siguientes:

- ✓ **Prioridad 1** – Los niños que reciben Servicios de protección infantil a través del departamento de bienestar del condado local
- ✓ **Prioridad 2** – Los niños en riesgo de abuso o negligencia, tras la recomendación escrita de una agencia legal, medica, o de los Servicios sociales
- ✓ **Prioridad 3** – Las familias con los ingresos brutos mensuales más bajo ajustado según el tamaño de la familia

¿Cuánto tiempo hay que esperar?

La espera es variable. Por desgracia, no es posible dar una fecha aproximada. Las inscripciones solo se hacen cuando se disponga de fondos.

Colocación en la lista de elegibilidad no es una garantía de servicios.

¿Qué pasa después?

Actualizar su aplicación cada 6 meses y cas vez que hay algún cambio en su información. Llámenos al (805) 925-7071 para actualizar, cualquier pregunta o para verificar su estatus.

¿Cómo envío de la solicitud?

Opción 1: Enviar por correo, fax o entregar la solicitud a:

Children's Resource & Referral
124 Carmen Lane Suite C, Santa Maria, CA 93458
Tel: [\(805\) 925-7071](tel:(805)925-7071) | Fax: (805) 925-8890

Opción 2: Botón de enviar solicitud:

Guarde la solicitud llena en su computadora y comience con Adobe Reader. Haga clic en el botón "Enviar solicitud" del formulario. Adobe Acrobat abrirá su aplicación de correo por defecto con este formulario lleno como un archivo adjunto con la dirección de correo electrónico ya colocada. Por favor, asegúrese de enviarnos el correo electrónico con el archivo adjunto.

Opción 3: Guardar y enviar correo electrónico:

Guarde la solicitud llena en su computadora y envíela por correo electrónico como un archivo adjunto a amorales@crrsbc.org.



The mission of Children's Resource & Referral of Santa Barbara County is to develop strong and healthy families by providing education, care, and resource systems to children, their parents, and caregivers, with a special emphasis on low income and under-represented children and families.

www.crrsbc.org

POR FAVOR COMPLETE TODO LO QUE CORRESPONDE

| | | | | | |
|--|-----|--|---|--|--|
| Idioma Principal | | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | | Office Use: Ranking # _____ | |
| | | | Marque lo que aplique para cada Padre/Guardián | | |
| <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Acoger a una familia | | Padre A: | Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento | |
| <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Acoger a una familia | | Padre B: | Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento | |
| Dirección de Envío: | | Ciudad: | | Código Postal: | |
| Número de Teléfono: | () | Segundo Numero : | () | Correo Electronico: | |

¿Está usted actualmente con otro programa de cuidado infantil subsidiado? Si No Si Sí, Donde? _____

INGRESOS DE LA FAMILIA

| Padre A (Adjunte comprobante de ingresos) | | Padre B (Adjunte comprobante de ingresos) | |
|---|-----------------|---|-----------------|
| Ingreso de Empleo(En Bruto) | \$ _____ | Ingreso de Empleo(En Bruto) | \$ _____ |
| Asistencia Monetaria | \$ _____ | Asistencia Monetaria | \$ _____ |
| Manutencion de Hijos / Pareja | \$ _____ | Manutencion de Hijos / Pareja | \$ _____ |
| Desempleo | \$ _____ | Desempleo | \$ _____ |
| Disabilite | \$ _____ | Disabilite | \$ _____ |
| Propinas / Aguinaldo | \$ _____ | Propinas / Aguinaldo | \$ _____ |
| Asistencia Economica | \$ _____ | Asistencia Economica | \$ _____ |
| TOTAL MENSUAL | \$ _____ | TOTAL MENSUAL | \$ _____ |

¿Es su ingreso de hogar más de 51% relacionado con la agricultura? SI No

| Anote Todos los Niños que Necesitan Cuidado de Niños | Sexo M/F | Fecha de Nacimiento | ¿Su niño/a tiene necesidades especiales? (CPS, IEP or IFSP?) |
|---|---|----------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Lea las instrucciones sobre cómo enviar este formulario.