
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.

Aplicación de Lista de Elegibilidad del Programa de Pago Alternativo

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	Padre A:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Trabajando	<input type="checkbox"/> Buscando Empleo	
<input type="checkbox"/> Guardián			<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Incapacitado	
<input type="checkbox"/> Acoger a una familia			<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento		
<input type="checkbox"/> Padre	Padre B:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Trabajando	<input type="checkbox"/> Buscando Empleo	
<input type="checkbox"/> Guardián			<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Incapacitado	
<input type="checkbox"/> Acoger a una familia			<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento		
Dirección física:		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		Padre B	
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

*Inscripciones solamente suceden cuando los fondos son disponibles. Ser puestos en la lista de elegibilidad no es garantía de servicios.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

ENVIE, FAX, O ENTREGUE LA APLICACION A:
Children's Resource & Referral
124 W. Carmen Lane Suite C
Santa Maria, CA 93458
(805) 925-7071 / Fax (805) 925-8890