



Eligibility List (EL) Application

Parent(s) Information

Parent/Guardian 1

Parent/Guardian 2

First Name: _____

Middle Initial (MI): _____

Last Name : _____

Birth Date: Male Female _____

Work Phone: _____

Cell/Message: _____

E-mail: _____

Married: Yes No

Single Parent: Yes No

Ethnicity: _____

Do you speak English: Yes No

Are you a: Foster Parent Grandparent
 Teen Parent Migrant Worker
 Relative other than parent

Household Information

Address: _____ Apt. No. _____ City: _____

State: _____ County: _____ Zip Code: _____

Home Phone: _____ Family Size: _____

CalWORKs (Welfare)

Who is currently participating in CalWORKs activities or receiving cash aid?
 Parent Child None

If you have received CalWORKs diversion, date received? _____

If no longer receiving CalWORKs cash aid, date last received? _____

Need for Child Care

(Please make sure that at least one of these is yes for each parent in household)

	Parent/Guardian 1	Parent/Guardian 2
Incapacitated due to documented medical/psychiatric needs:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Working:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Education or Training:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Actively seeking employment:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Seeking permanent housing/homeless:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Employment/Training

Parent/Guardian 1

Parent/Guardian 2

Employer:	_____	_____
Address:	_____	_____
City :	_____	_____
State:	_____	_____
Zip:	_____	_____
County:	_____	_____
School:	_____	_____
Address:	_____	_____
City :	_____	_____
State:	_____	_____
Zip:	_____	_____
County:	_____	_____

Monthly Income

If your income is 0 please provide a statement in the “additional comments” section as to how you support yourself and your family.

Parent/Guardian 1

Parent/Guardian 2

Work/Employment:	\$ _____	\$ _____
Child Support- Not TANF:	\$ _____	\$ _____
Spousal Support:	\$ _____	\$ _____
Foster Care:	\$ _____	\$ _____
CalWORKS State-Only/TANF:	\$ _____	\$ _____
Social Security:	\$ _____	\$ _____
Unemployment:	\$ _____	\$ _____
Disability:	\$ _____	\$ _____
Other Income:	\$ _____	\$ _____
Gross Monthly Family Income (before taxes):	\$ _____	\$ _____

You will be asked for current pay stubs and other documentation to verify your income before your child can be enrolled in any state funded program. If your actual income differs from the amount reported above, it may change your eligibility for programs.

Child(ren) Information

Unborn children may not be placed on the EL.

1. First Name: _____
Middle Initial (MI): _____
Last Name: _____
Birth Date: _____
Ethnicity: Caucasian Hispanic or Latino Other
 African American Native Hawaiian or Other Pacific

Language: English: Spanish Other
District (if school age): _____
Gender: Male Female
Foster child? Yes No
Do you want services for this child? Yes No
Does this child have any special needs? Yes No

2. First Name: _____
Middle Initial (MI): _____
Last Name: _____
Birth Date: _____
Ethnicity: Caucasian Hispanic or Latino Other
 African American Native Hawaiian or Other Pacific

Language: English: Spanish Other
District (if school age): _____
Gender: Male Female
Foster child? Yes No
Do you want services for this child? Yes No
Does this child have any special needs? Yes No

3. First Name: _____
Middle Initial (MI): _____
Last Name: _____
Birth Date: _____
Ethnicity: Caucasian Hispanic or Latino Other
 African American Native Hawaiian or Other Pacific

Language: English: Spanish Other
District (if school age): _____
Gender: Male Female
Foster child? Yes No
Do you want services for this child? Yes No
Does this child have any special needs? Yes No

4. First Name: _____
Middle Initial (MI): _____
Last Name: _____
Birth Date: _____
Ethnicity: Caucasian Hispanic or Latino Other
 African American Native Hawaiian or Other Pacific

Language: English: Spanish Other
District (if school age): _____
Gender: Male Female
Foster child? Yes No
Do you want services for this child? Yes No
Does this child have any special needs? Yes No

5. First Name: _____
Middle Initial (MI): _____
Last Name: _____
Birth Date: _____
Ethnicity: Caucasian Hispanic or Latino Other
 African American Native Hawaiian or Other Pacific

Language: English: Spanish Other
District (if school age): _____
Gender: Male Female
Foster child? Yes No
Do you want services for this child? Yes No
Does this child have any special needs? Yes No

Program Care Requested

(Please check all that apply)

Are you looking for a specific program, provider, or location? Yes No Please list: _____

First available program

Additional Comments: _____

By signing below, I verify that all the information provided in this application is true and correct.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Please note that information in this application will be entered on the EL for Riverside County, which is accessible by any agency receiving state funding. Data, without names, is shared with the State of California for reporting purposes.

**Should you have any questions, please contact (800) 442-4927
Please return the completed application via FAX [951] 826-4478 or
by mail: Riverside County Office of Education
Eligibility List
P.O. Box 868
Riverside, CA 92502-0868**



Solicitud para la lista de elegibilidad (EL)

Datos de los padres

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Fec. Nac.: _____

Tel. del trabajo: _____

Celular/Recado: _____

Correo electrónico: _____

Casado: Sí No

Sí No

Padre soltero: Sí No

Sí No

Etnia: _____

¿Habla inglés?: Sí No

Sí No

Es:
 Padre de crianza Abuelo
 Padre adolescente
 Trabajador migrante
 Pariente que no sean los padres

Padre de crianza Abuelo
 Trabajador migrante Padre
 Pariente que no sean los padres

Composición de la familia

Dirección: _____ No. de Apto. _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Composición de la familia: _____

CalWORKs (Welfare)

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

¿Quién está actualmente participando en de CalWORKs o recibiendo ayuda monetaria?

Padres Niño Ninguno Padres Niño Ninguno

Si ha recibido asistencia a largo plazo (Diversion) de CalWORKs, ¿en qué fecha los recibió?

Si ya no recibe ayuda monetaria de CalWORKs, en qué fecha dejó de recibirla?

Necesidad de cuidado infantil

(Por favor asegúrese de que cuando menos uno de los siguientes sea Sí para el padre o tutor 1 y el padre o tutor 2 en el hogar).

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Incapacitado debido a necesidades documentadas ya sean médicas o psiquiátricas:

Sí No

Sí No

Trabajando:

Sí No

Sí No

Educación o capacitación:

Sí No

Sí No

Buscando empleo activamente:

Sí No

Sí No

En busca de vivienda permanente/indigente:

Sí No

Sí No

Empleo o capacitación

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Empleador:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____
Escuela:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal:	_____	_____
Condado:	_____	_____

Ingreso mensual

Si su ingreso es 0, por favor indique en la sección de “comentarios adicionales” cómo es que usted y su familia se mantienen.

Padre, madre o tutor 1

Padre, madre o tutor 2

Trabajo o empleo:	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil, pero no TANF:	\$ _____	\$ _____
Manutención conyugal:	\$ _____	\$ _____
Cuidado de crianza:	\$ _____	\$ _____
CalWORKS únicamente del estado o TANF:	\$ _____	\$ _____
Seguro social:	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	\$ _____	\$ _____
Discapacidad:	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso:	\$ _____	\$ _____
Ingreso familiar en bruto (antes de impuestos):	\$ _____	\$ _____

Se le pedirán talones de cheque u otra documentación para verificar su ingreso antes de que pueda matricular a su niño en cualquier programa financiado por el estado. Si su ingreso real difiere de la cantidad dada anteriormente, pudiera verse afectada su elegibilidad para los programas.

Datos del niño

En la EL no se pueden incluir niños que aún no han nacido.

1. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

2. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

3. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

4. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

5. Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Apellido: _____
Fec. Nac.: _____
Etnia: Blanco Hispano o latino Otro
 Afroamericano Nativo de Hawái u otro del Pacífico

Idioma: Inglés Español Otro
Distrito (si es de edad escolar): _____
Género: Masculino Femenino
Niño de crianza: Sí No
¿Desea servicios para este niño? Sí No
¿Tiene este niño necesidades especiales? Sí No

Programa de cuidado solicitado

(Por favor marque todo lo que proceda).

¿Está buscando algún programa, proveedor o localidad en especial? Sí No Por favor indique: _____

Primer programa disponible

Comentarios adicionales: _____

Al firmar a continuación, verifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Atención: la información contenida en esta solicitud será agregada a la lista de elegibilidad del condado de Riverside que está a disposición de toda agencia que recibe financiamiento del estado. Los datos, sin incluir nombres, se compartirán con el estado de California con propósitos informativos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (800) 442-4927.

Por favor devuelva la solicitud llena por FAX al [951] 826-4478 o por correo a:

Riverside Condado Office of Education

Eligibility List

P.O. Box 868

Riverside, CA 92502-0868