



## CAPMC/Alternative Payment Program Subsidized Child Care Eligibility List Application

### PERSONAL INFORMATION / INFORMACION PERSONAL

Date / Fecha: \_\_\_\_\_  Single Parent / Padre/Madre Soltero/a

Parent's Name / Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Name of other parent / Nombre de otro padre: \_\_\_\_\_ DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Resides in the home?/Reside en el hogar?:**  Yes / Si  No

Relationship to child(ren) / Relacion de niño/s: \_\_\_\_\_ Language/Idioma: English / Español

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code /Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Email address / Correo electronico: \_\_\_\_\_

Phone / Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alternative phone # / # Alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Family Size (including yourself & children under the age of 18)/Tamaño de Familia (incluyendose a usted y niños menores de 18 años): \_\_\_\_\_

Total Gross Monthly Income **(must be submitted with application)** / Total de Ingresos Mensuales **(debe ser presentado con la solicitud)**: \$ \_\_\_\_\_

**Do you work in or reside in Madera County?/ Usted trabaja o reside en el Condado de Madera?**  Yes / Si  No

Have you received cash aid within the last two years for yourself? / A recibido asistencia monetaria para usted dentro de los últimos dos años?  Yes / Si  No

**If yes, enter your Social Security Number and/or Case Number:**  
**En caso sí, cuál es su número de caso y/o su número de seguro social:**

### REASON FOR NEEDING CHILD CARE SERVICES (check all that apply) / RASON PARA CUIDADO DE NIÑO

**Please specify need for each parent / Por favor especifique la necesidad de cada padre**

Mother (Madre)	Father (Padre)	Mother (Madre)	Father (Padre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employment / Empleo		At Risk (CPS)/En Riesgo (CPS)	
School – Training / Escuela		Homeless / Sin Hogar	
Seeking Employment / Buscando empleo		Incapacitated / Incapacidad	

Type of service needed / Tipo de servicio necesario:  Full-Time / Tiempo-Completo  
 Part-Time / Tiempo-Parcial

### FAMILY INFORMATION / INFORMACION DE FAMILIA

List all children under the age of 18: Anote a todos los niños menores de 18 años:	Special Needs: Necesidades Especiales:	Birth Date: Fecha de nacimiento:	Need Services for this child: Necesita Servicios para el niño/a:	
	<u>Yes/Si</u> <u>No</u>		<u>Yes/Si</u>	<u>No</u>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>