



Infante/Nino Pequeños
675 Minna Street (at 8th)
San Francisco, CA 94103
415.487.3753
minnaintake@holyfamilydayhome.org

Centro De Cuidado
299 Dolores Street (at 16th)
San Francisco, CA 94103
415.861.5361
intake@holyfamilydayhome.org
License #380500308

Aplicación para el Cuidado de Infante o Pre-escolar

PÁGINA 1

Por favor escriba claro. Todos las preguntas deben ser constestadas completamente para que su aplicación sea procesada. Gracias.

Fecha _____

Nombre del niño aplicante _____ Edad del niño _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE:

Nombre _____ Número de SS _____

Calle & Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Casa (_____) _____ Correo electrónico _____

Celular/Beeper (_____) _____

Idioma que se habla en casa _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y/O ENTRENAMIENTO: Empleo Entrenamiento

Lugar de Empleo/Entrenamiento _____

Teléfono del Trabajo/Escuela (_____) _____ Extensión _____

Horas de Trabajo/Entrenamiento _____ hasta _____ Encerrar los días: L M M J V

INFORMACIÓN DEL PADRE:

Nombre _____ Número de SS _____

Calle & Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Casa (_____) _____ Correo electrónico _____

Celular/Beeper (_____) _____

Idioma que se habla en casa _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y/O ENTRENAMIENTO: Empleo Entrenamiento

Lugar de Empleo/Entrenamiento _____

Teléfono Trabajo/Escuela (_____) _____ Extensión _____

Horas de Trabajo/Entrenamiento _____ hasta _____ Encerrar los días: L M M J V

TODOS LOS ADULTOS VIVIENDO EN LA CASA: Madre Padre Guardian(s)/Otros _____

ANOTE TODOS LOS NINOS DEPENDIENTES VIVIENDO EN LAS CASA:

¿NECESITAN CUIDADO EN HFDH?

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Si No

¿Quién esta cuidando ahora a su niño? _____

¿Cuándo necesita cuidado para su niño? _____

POR FAVOR DIGANOS COMO ESCUCHÓ DE HOLY FAMILY DAY HOME:

Amistades Familiares Personal Agencia de Referencias _____ Otros _____

Alumno HFDH Nombre: _____ Años(s): _____

HFDH INFANTE Y CENTRO DE CUIDADOS MULTAS

Mensualidad en el centro de cuidados para infantes edad 3-24 mo. va hasta un máximo de \$1395 por mes. Para niños de mas de 24 meses la mensualidad va a un máximo de \$985 por mes. Dependiendo en el ingreso de la familia, usted puede calificar para algunas becas o ayudas. Verificación de ingreso y copias de las colillas de cheques para todos los adultos son necesarios si está solicitando por asistencia financiera. **Por favor complete lo siguiente:**

INGRESO MENSUAL (ANTES DEDUCTIBLES) PARA:

Madre _____

Padre _____

Otros adultos en casa _____

Ingreso TOTAL de casa _____

SALUD FAMILIAR:

Si usted sigue interesado en HFDH despues de su visita a nuestro progama, también se le va a pedir el record de vacunas del niño aplicante.

¿Está su niño actualmente registrado en un programa de salud? Por favor anote todos los que aplica.

Kaiser Familia Saludable MediCal Privado Ninguno

Otro _____

Yo confirmo por lo mejor de mi conocimiento, que la información que he proveido es correct. Yo entiendo que esta información puede ser revisada por el Estado de California en caso que sea elegible.

Firma _____ Fecha _____

FOR HFDH USE ONLY:

Application received. Date _____ By _____

Income verification received. Date _____ By _____

Employment/Training verification received.
Date _____ By _____

Two (2) recent pay stubs for all adults in household received.
Date _____ By _____

Entered into HFDH database. Date _____ By _____

Entered into CEL database. Date _____ By _____

Contact Info Notes (by/date):

