

**Atención: Familias que Necesitan Ayuda para Pagar Cuidado Infantil  
Agregue su nombre a la Lista de Elegibilidad de Central Valley Children's Services  
Network**

**El cuidado de niños subsidiado está disponible para las familias elegibles  
según sus ingresos**

**Hoja de Instrucciones/Lista**

1. Llene la solicitud COMPLETAMENTE. Solicitudes incompletas serán regresadas para que agregue la información que falte, lo cual, hará que su colocación en la lista de espera sea más tardada.
2. Proporcione lo siguiente con la solicitud:
  - Verificación de ingreso familiar en bruto de todas fuentes (por ejemplo: talones originales de cheques del mes completo más reciente, prueba de asistencia para la manutención, beneficios de seguro social, ayuda de bienestar público, desempleo).
  - Si usted está asistiendo a la escuela, debe proporcionar la información sobre ayuda financiera;
  - Si no está empleado, proporcione verificación de necesidad (tales como: asiste a Colegio de Fresno City, Universidad Estatal de California Fresno, o asiste a escuela de entrenamiento, etc.);
  - Documentación indicando la fecha que el padre(s) pararon de recibir ayuda en efectivo (Notificación de Acción);
  - Declaración de sí mismo (formulario para la declaración se le dará en la agencia con la que deje su solicitud)

**PARA COLOCAR A SU FAMILIA EN LA LISTA  
DE ELEGIBILIDAD DE CENTRAL VALLEY CHILDREN'S SERVICES NETWORK (CSN)  
TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD  
DEBERÁN ENTREGARSE CON LA SOLICITUD.**

**Cómo presentar la solicitud**

Someta su solicitud llevándola o enviándola por correo a CSN al domicilio: 1911 N. Helm ave. Fresno, CA 93727. Su información es confidencial y protegida.

**Padres de Crianza** deberán presentar una solicitud separada para niños que no sean sus hijos propios.

**Ofrecimiento de Servicios**

Cuando hay fondos disponibles para pagar cuidado infantil, las familias en la lista de elegibilidad que reúnen los requisitos del programa son identificadas y avisadas.

**Asegúrese de revisar su correspondencia y no pase por alto ninguna carta**

En la solicitud bajo la **INFORMACIÓN DEL NIÑO**, hay una pregunta acerca de necesidades excepcionales. Para niños que han sido identificados y tienen necesidades excepcionales, deberán presentar un **IEP** (programa de educación individualizado) O un **IFSP** (Plan Individualizado de Servicio Familiar).

**El presentar una solicitud no garantiza servicios subsidiados para el cuidado de niños.**

Si tiene preguntas sobre la lista de elegibilidad llame a Central Valley Children's Services Network (CSN) al: (559) 256-0966 ó (559) 256-0943. La aplicación para Elegibilidad se puede imprimir a través de la página cibernética de CSN, visite: [www.cvcsn.org](http://www.cvcsn.org).

Fecha de Solicitud:

**Central Valley Children's Services Network**

**LISTA DE ELEGIBILIDAD**

Solicitud de Elegibilidad para Servicios Subsidiados de Cuidado Infantil

Condado de Fresno  
Código FIPS 06019

**INFORMACION SOBRE EL PADRE/MADRE/TUTOR**

Características de Familia (marque lo pertinente):

- Padre/Madre Adolescente  Universidad Comunitaria de CA  Universidad Estatal de CA  Migrante  Otro

Si marcó Migrante, favor de contestar las siguientes tres preguntas:

- 1) ¿En el último año se ha mudado de un condado o país diferente en busca de trabajo agrícola?  No  Sí ¿En los últimos 5 años?  No  Sí
- 2) ¿Actualmente depende Ud. de trabajo agrícola temporal?  No  Sí
- 3) ¿Proviene por lo menos el 50% de su ingreso anual familiar de trabajo agrícola?  No  Sí

¿Está solicitando servicios de cuidado infantil por una referencia de un medico, Servicios de Protección para Niños, psicólogo, o trabajador social?  No  Sí, anote el nombre y # de teléfono de la oficina/agencia:

¿Había estado antes en la Lista de Elegibilidad Centralizada de CVCSN?  No  Sí, nombre de Padre o Tutor

Por Favor Escriba en Letra de Molde

**PADRE A**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Parentesco con el o los Niño(s): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo			<input type="checkbox"/> E-mail
#de Teléfono ¿la mejor hora para llamarle? ( )	# de Teléfono para Mensaje ( )	# Teléfono celular ( )	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica			

**Razón por la que necesita el servicio (Marque todo lo pertinente - se requiere por lo menos una razón)**

<input type="checkbox"/> Trabajando 1er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 2do Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 3er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Escuela/Entrena	Escuela/Instituto de Entrenamiento		Código Postal	# de Teléfono	
Otra(s) Razón(es) <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Programa pre-escolar parcial					

Por Favor Escriba en Letra de Molde

**PADRE B**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Parentesco con el o los Niño(s): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo			<input type="checkbox"/> E-mail
#de Teléfono ¿la mejor hora para llamarle? ( )	# de Teléfono para Mensaje ( )	# Teléfono celular ( )	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica			

**Razón por la que necesita el servicio (Marque todo lo pertinente - se requiere por lo menos una razón)**

<input type="checkbox"/> Trabajando 1er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 2do Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 3er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Escuela/Entrena	Escuela/Instituto de Entrenamiento		Código Postal	# de Teléfono	
Otra(s) Razón(es) <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Programa pre-escolar parcial					

## INFORMACION DE LA FAMILIA

Domicilio de Casa (No se aceptan Apartados Postales)	Ciudad	Condado	Código Postal
Domicilio de Correspondencia (si es distinto al domicilio de casa)	Ciudad	Condado	Código Postal
*Tamaño de Familia:	La "familia" significa los padres y a los niños de quienes los padres son responsables; el cual consiste del niño recibiendo los servicios donde está viviendo. Cuando un niño y su los hermanos vive en una familia que no incluya a su padre biológico o adoptivo, considerarán a la "familia" el niño y los hermanos relacionados.		

Étnicidad \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

Enumere a todas las personas (18 años y más) que viven en el hogar que tengan responsabilidad del cuidado y del bienestar del niño/de los niños.

<b>Adulto 1</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
<b>Adulto 2</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
<b>Adulto 3</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	

### Cal WORKs

¿Alguno de los padres esta recibiendo asistencia monetaria?  Si  No Numero de Caso \_\_\_\_\_

¿Si nó, alguno de los padres ha recibido asistencia monetaria durante los últimos 2 años?  Yes  No

### FUENTES DE INGRESO ACTUALES

(antes de impuestos y deducciones)

Padre A

Padre B

Ingresos de Algún Otro Adulto

Esta sección debe ser completada. Incluya documentos originales. (Se necesitan ingresos de todo un mes)

	Padre A	Padre B	Ingresos de Algún Otro Adulto
* Salario mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ayuda monetaria del programa CalWorks	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Apoyo monetario por la manutención del niño(s)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Apoyo monetario conyugal	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficio de Desempleo mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficio de Incapacidad mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Propinas/Bonos mensuales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Reembolso de ayuda para padres decrianza	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>INGRESO MENSUAL DE PADRE(S)</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**TOTAL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL:** \_\_\_\_\_

\*El ingreso de familias migrantes debe promediarse entre los últimos 12 meses.

### Comentarios:

# INFORMACION DE NIÑO

Anote todos los niños de la familia menores de 18 años.

<b>Niño 1</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo protección o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que necesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no está recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y después de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

<b>Niño 2</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo protección o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que necesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no está recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y después de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

<b>Niño 3</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo protección o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que necesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no está recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y después de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

<b>Niño 3</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que hecesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y despues de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

<b>Niño 4</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que hecesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y despues de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

**Firma:**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Los Estados Unidos de América que la información contenida dentro de esta solicitud es verdadera, correcta, y completa.

Además entiendo que toda información personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solicitudes completas y documentación de ingresos pueden someterse a Central Valley Children's Services Network, 1911 N. Helm ave. Fresno, CA 93727. Para más informacion llame: (559) 256-0943; (559) 256-0966 ó visite la pagina Cibernetica de CSN al: [www.cvcsn.org](http://www.cvcsn.org)

**\*Su inscripción en la Lista de Elegibilidad de CSN NO lo inscribe automáticamente en la listas de otras agencias.\*  
 Para inscribirse en otras listas de elegibilidad debe aplicar comunicandose directamente con cada agencia abajo.**

**Programas de Desarrollo Infantil Subsidiados y Programas de Pago Alternativo**

Agency by Program Type	Phone #	Mailing Address	City	St	Zip
<b>Center-Based Child Care General (CCTR)</b> Child Development Center (full-day/full year program for infants, toddlers or school-age children K-6)					
Blossom Trails Preschool	875-6444	1308 'K' Street	Sanger	CA	93657
Central Valley Children's Services Network	456-1100	1911 N. Helm Avenue	Fresno	CA	93727
Firebaugh-Las Deltas Unified School District	659-1421	1976 Morris Kyle Drive	Firebaugh	CA	93622
Fresno County Economic Opportunity Com SACC	263-1015	1900 Mariposa Mall Ste 119	Fresno	CA	93721
Fresno State Programs for Children	278-0228	5005 N. Maple Ave MS-501	Fresno	CA	93740
Fresno Unified School District	457-3682	2309 Tulare Street	Fresno	CA	93721
Hansel & Gretel Inc.	229-1148	2729 W. Lake VanNess Circle	Fresno	CA	93711
I-5 Social Services Corp. Inc.	275-7133	114 E. Shaw Ave. Ste 100	Fresno	CA	93710
Madera/Fresno Migrant Head Start	277-8641	4610 W. Jacquelyn Ave.	Fresno	CA	93722
Panda's Env Day Care School Inc./Fresno & Fowler	486-5551	2105 Martin Luther King Jr Blvd	Fresno	CA	93706
State Center Community College District	244-2691	1621 E. University Ave	Fresno	CA	93704
West Hills Community College	934-2384	9900 Cody Street	Coalinga	CA	93210
<b>Family Child Care Homes (CFCC)</b> Family Child Care Home Education Network (care is provided in a licensed home that is supervised by an agency; may serve infants and toddlers, preschool, or school age K-6)					
Central Valley Children's Services Network	456-1100	1911 N. Helm Avenue	Fresno	CA	93727
Community Action Partnership	846-5352	14660 West G Street	Kerman	CA	93630
<b>Migrant Center-Based (CMIG)</b> Migrant child care and development programs serve the children of agricultural workers while their parents are at work for infants, toddlers or school-age children K-6					
Central Valley Children's Services Network	456-1100	1911 N. Helm Avenue	Fresno	CA	93727
Community Action Partnership	846-5352	14660 West G Street	Kerman	CA	93630
Fresno Co Supt of Schools/Proteus (Migrant)	646-2735	8800 S. Academy	Parlier	CA	93648
<b>State Preschool (CSPP) - Full Day</b> State Preschool (enrichment program for 3 & 4 year olds)					
Kel-Sun Child Dev. Services	875-5344	1240 'K' Street	Sanger	CA	93657
Reading and Beyond (Small World Learning Ctr)	252-3742	4884 E. Butler Ave.	Fresno	CA	93727
<b>State Preschool (CSPP) - Part Day</b> State Preschool (enrichment program for 3 & 4 year olds)					
Central Unified School District	274-4700 ext 199	4605 N. Polk	Fresno	CA	93722
Clovis Unified School District	327-9160	1735 David E. Cook Way Ste C	Clovis	CA	93611
Early Childhood Discovery Centers, Inc.	891-1695	3402 Lee Street	Selma	CA	93662
Kerman Unified School District	842-4505	14655 W 'F' Street	Kerman	CA	93630
Kings Canyon Unified School District	305-7278	1250 'K' Street	Reedley	CA	93654
Kingsburg Jt Union Elementary School District	897-6989	1501 Ellis Street	Kingsburg	CA	93631
Laton Joint Unified School District	922-4015	P.O. Box 248	Laton	CA	93242
Mendota Unified School District	779-4210	115 McCabe Ave	Mendota	CA	93640

## CSN Eligibility List Participating Agencies

Agency by Program Type	Phone #	Mailing Address	City	St	Zip
<b>State Preschool (CSPP) - Part Day (continued)</b> State Preschool (enrichment program for 3 & 4 year olds)					
Opportunity Through Education Inc.	891-1695	3402 Lee Street	Selma	CA	93662
Orange Center Elementary School District	237-0437	3530 S. Cherry Ave.	Fresno	CA	93706
Parlier Unified School District	646-3841	900 Newmark Ave	Parlier	CA	93648
Raisin City Elementary School District	233-0128	P.O. Box 69	Raisin City	CA	93652
Riverdale Joint Unified School District	867-0707	P.O. Box 1058	Riverdale	CA	93656
Sanger Unified School District	876-1252	504 Faller Ave.	Sanger	CA	93657
Washington Colony Elementary School District	233-0706	130 E. Lincoln Ave.	Fresno	CA	93706
West Fresno Elementary School District	495-5606	2888 S. Ivy	Fresno	CA	93706
West Park Elementary School District	233-6501	2695 S Valentine Ave	Fresno	CA	93706
<b>State Preschool (CSPP) - Full &amp; Part Day</b> State Preschool (enrichment program for 3 & 4 year olds)					
Blossom Trails Preschool	875-6444	1308 'K' Street	Sanger	CA	93657
Caruthers Unified School District	495-7897	P.O. Box 127	Caruthers	CA	93609
City of Orange Cove (Julia A Lopez Dev. Ctr)	626-6466	1300 South Ave.	Orange Cove	CA	93646
City of Parlier (Parlier Academy of Excellence)	646-6800	8000 S Mendocino Ave.	Parlier	CA	93648
Educare Services Inc.	228-3232	3485 W. Ashcroft Ste 101	Fresno	CA	93722
Firebaugh-Las Deltas Unified School District	659-1421	1976 Morris Kyle Drive	Firebaugh	CA	93622
Fresno State Programs for Children	278-0228	5005 N. Maple Ave MS-501	Fresno	CA	93740
Fresno Unified School District	457-3682	2309 Tulare Street	Fresno	CA	93721
Hansel & Gretel Inc.	229-1148	2729 W. Lake VanNess Circle	Fresno	CA	93711
I-5 Social Services Corp. Inc.	275-7133	114 E. Shaw Ave. Ste 100	Fresno	CA	93710
Madera/Fresno Migrant Head Start	277-8641	4610 W. Jacquelyn Ave.	Fresno	CA	93722
Panda's Env Day Care School Inc./Fresno & Fowler	486-5551	2105 Martin Luther King Jr Blvd	Fresno	CA	93706
State Center Community College District	244-2691	1621 E. University Ave	Fresno	CA	93704
Target 8 Advisory Council (Orange Cove Day Care)	626-4275	P.O. Box 247	Orange Cove	CA	93646
VDA Inc.	228-3210	3485 W. Ashcroft Ste 101	Fresno	CA	93722
West Hills Community College	934-2384	9900 Cody Street	Coalinga	CA	93210
Westside Elementary School District	884-2492	P.O. Box 398	Five Points	CA	93624
YMCA of the East Bay	222-9401	1806 W. Ashlan Ave	Fresno	CA	93705
<b>Alternative Payment Program (CAPP)</b> Alternative Payment (parent chooses a child care provider; agency pays the provider for the parent) may serve infants and toddlers, preschool, or school age K-6					
Central Valley Children's Services Network	456-1100	1911 N. Helm Avenue	Fresno	CA	93727
PACE Alternative Payment Program	229-2393	1901 E. Shields Ave. Ste 180	Fresno	CA	93726
Supportive Services Inc.	230-2030	2455 W. Shaw Ste. 102	Fresno	CA	93711