



# 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:	\$ _____	\$ _____
<b>Gross Monthly Family Income (before taxes):</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

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:  
adolescente     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:	\$ _____	\$ _____
<b>Ingreso familiar en bruto (antes de impuestos):</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

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**