



3845 Selig Place
 Los Angeles, CA 90031
 T: (323) 224-3800 F: (323) 227-6402
www.iilosangeles.org

PARA USO DE LA OFICINA:	
<input type="checkbox"/> AP	Size: _____
<input type="checkbox"/> CB	Income: \$ _____
<input type="checkbox"/> FCCHEN	Rank: _____

FORMULARIO de REGISTRO para IILA, DIVISION de DESAROLLO INFANTIL

Por favor **complete** ambos lados de este formulario. El no hacerlo resultara en demoras. Fecha: _____
 El personal de IILA puede contactarlo para confirmar sus opciones.

SECCIÓN 1: INFORMACION DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Estoy interesado/a en usar el siguiente tipo de cuidado de niños (ver portada, marque **todos** los que apliquen):

Centro con licencia, nombre: _____

Cuidado infantil hogareño con licencia, nombre: _____

Amigo o pariente.* Por favor indique el parentesco con el niño, si hay: _____

No estoy seguro/a.* [Puede comunicarse con MAOF para recibir una lista de proveedores con licencia: (323) 890-1555.]

*El área de servicio de IILA cubre los códigos postales: 90022, 90023, 90031, 90032, 90033, 90063, 91754, & 91755
 Para cuidado con licencia, IILA cubre un área de servicio que incluye Chinatown, South LA, Rampart y areas del Valle de San Gabriel.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

A: Apellido: _____ Nombre: _____ Celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: (_____) _____ Email: _____

Teléfono de mensaje: (_____) _____ Lenguaje: _____

Si hay dos padres en el hogar, complete la sección B. Si no, marque: Soy padre/madre soltero/a.

B: Apellido: _____ Nombre: _____ Celular: _____

SECCIÓN 3: RAZÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO INFANTIL (marque todas las que apliquen):

	Padre/Madre A	Padre/Madre B
Trabaja, ocupación: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En busca de trabajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiste a la escuela:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente discapacitado/invalido:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin hogar/en búsqueda de vivienda:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra (por favor indique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 4: INFORMACION DE TODOS LOS HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR.

Nombre y Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	¿Necesita cuidado?	
1.	M F		Si	No
2.	M F		Si	No
3.	M F		Si	No
4.	M F		Si	No
5.	M F		Si	No
6.	M F		Si	No

SECCION 5: INGRESOS MENSUALES Y ENTRADAS (Ingreso total de cada padre/tutor en el hogar antes de impuestos y deducciones **mensuales**):

	Padre/Madre A	Padre/Madre B	
Trabajo/empleo:	\$	\$	
CalWORKs (asistencia monetaria del condado/TANF):	\$	\$	
CalFresh (estampillas para comida)*:	\$	\$	
Manutención infantil:	\$	\$	
Manutención del cónyuge:	\$	\$	
Pago de discapacidad ("disability"):	\$	\$	
Desempleo:	\$	\$	
Comisiones por ventas/trabajo:	\$	\$	
Seguro social/SSI*:	\$	\$	
Otro (explique):	\$	\$	
Pagos por cuidado temporal como padres a niños (indique nombre del niño):	\$	\$	<i>*no son ingresos contables</i>

Recibe asistencia monetaria del condado (CalWORKs?) No Si, indique # de caso: _____

Ha recibido asistencia monetaria CalWORKs en los últimos 2 años? No Si, indique # de caso: _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor indique cualquier otra información que desee compartir. (Ejemplo: Si su hijo/a tiene alguna necesidad especial, un Plan individual de servicios para la familia (IEP)/Plan individual de educación (IEP), un caso abierto con el departamento de protección a los niños, etc.)

¿Como escucho de IILA?

- Amigo/a
- Vecino/a
- Pase por la agencia
- Anuncio
- Pariente
- Folleto
- Vivo en el área
- Trabajo/estudio en el área
- Personal de la escuelita
- Otro (por favor indique): _____

Si lo refirieron a IILA, por favor comparta la siguiente información:

Nombre y apellido de la persona que lo refirió: _____

Numero de teléfono: _____ Celular: _____

Domicilio (si lo sabe): _____