*The mission of Children's Resource & Referral of Santa Barbara County is to develop strong and healthy families by providing education, care, and resource systems to children, their parents, and caregivers, with a special emphasis on low income and under-represented children and families.*
*www.crrsbc.org*

# Programa de Pago Alternativo de California (CAPP)

El APP administrado por Recursos y Referencias del Condado de Santa Bárbara es un programa elegido por el padre que sirve a niños de 0-13 años mientras los padres trabajan, están en búsqueda de trabajo o en un entrenamiento. La elegibilidad es determinada según la necesidad, el tamaño de familia y sus ingresos brutos mensuales. Las familias pueden elegir entre una variedad de cuidado infantiles; centros de cuidado infantil con licencia, hogar de cuidado infantil, una amistad, un familiar o un vecino (exento de licencia).

## ¿Cómo me seleccionan?

Los fondos para el Programa de Pago Alternativo es limitado; la familias ser servidas en base a los fondos disponibles del Departamento de Educación de California. Las familias que aplican serán colocadas en una lista de espera. Cada solicitante recibe un número de clasificación que se calcula usando los ingresos brutos mensuales. Los números de rango van del 1-61. Es común tener varias familias con el mismo número de clasificación. Familias con el número de orden más bajo se sirven en primer lugar. Su número de clasificación no cambiara a menos que tengan cambios de tamaño de ingreso o de la familia.

Las familias se clasifican para la inscripción de conformidad con las normas establecidas por el Estado de California. Prioridades de admisión con las siguientes:

- ✓ **Prioridad 1** – Los niños que reciben Servicios de protección infantil a través del departamento de bienestar del condado local
- ✓ **Prioridad 2** – Aquél cuyo(s) hijo(s) son beneficiario(s) de servicios de protección, o cuyo(s) hijo(s) ha(n) sido identificado(s) como víctima(s) de abusos, negligencia o explotación, o en riesgo de serlo.
- ✓ **Prioridad 3** – Las familias con los ingresos brutos mensuales más bajo ajustado según el tamaño de la familia

## ¿Cuánto tiempo hay que esperar?

La espera es variable. Por desgracia, no es posible dar una fecha aproximada. Las inscripciones solo se hacen cuando se disponga de fondos.

***Colocación en la lista de elegibilidad no es una garantía de servicios.***

## ¿Qué pasa después?

Actualizar su aplicación cada 6 meses y cas vez que hay algún cambio en su información. Llámenos al (805) 925-7071 para actualizar, cualquier pregunta o para verificar su estatus.

☐ Acepto recibir mensajes de texto de CRR SBC sobre mis servicios y citas. Pueden aplicarse tarifas. Responda STOP para cancelar.

*The mission of Children's Resource & Referral of Santa Barbara County is to develop strong and healthy families by providing education, care, and resource systems to children, their parents, and caregivers, with a special emphasis on low income and under-represented children and families.*
www.crrsbc.org

# Aplicación de Lista de Elegibilidad del Programa de Pago Alternativo

| | | |
|---|---|---|
| **Idioma Principal** | Ingles Español Otro<br>Idioma Del Hogar | Office Use: Ranking # _____ |
| ☐ Hay riesgo en el hogar? ☐ Estas sin hogar?<br>☐ Tienes un caso abierto con Servicios De Proteccion Infantil?? | | **Marque lo que aplique para cada Padre/Guardián** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **Padre Biologico**<br>☐ **Guardián**<br>☐ **Acoger a una familia** | **Padre A:** | Fecha de Nacimiento: | ☐ **Trabajando** ☐ **Buscando Empleo**<br>☐ **Sin Hogar** ☐ **Incapacitado**<br>☐ **Escuela o Entrenamiento** |
| ☐ **Padre**<br>☐ **Guardián**<br>☐ **Acoger a una familia** | **Padre B:** | Fecha de Nacimiento: | ☐ **Trabajando** ☐ **Buscando Empleo**<br>☐ **Sin Hogar** ☐ **Incapacitado**<br>☐ **Escuela o Entrenamiento** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dirección física:** | | **Ciudad:** | | **Código Postal:** | |
| **Número de Teléfono:** | ( ) | **Segundo Numero :** | ( ) | **Correo Electronico:** | |

¿ Ha recibido ayuda monetaria de CalWORKs en California en los ultimos 2 años? ? Si No Si Sí, Donde? _____

## INGRESOS DE LA FAMILIA

| **Padre A** | |
|---|---|
| Ingreso de Empleo(En Bruto) | $ |
| Asistencia Monetaria | $ |
| Manutencion de Hijos / Pareja | $ |
| Desempleo | $ |
| Disabilite | $ |
| Propinas / Aguinaldo | $ |
| Asistencia Economica | $ |
| TOTAL MENSUAL | $ |

| **Padre B** | |
|---|---|
| Ingreso de Empleo(En Bruto) | $ |
| Asistencia Monetaria | $ |
| Manutencion de Hijos / Pareja | $ |
| Desempleo | $ |
| Disabilite | $ |
| Propinas / Aguinaldo | $ |
| Asistencia Economica | $ |
| TOTAL MENSUAL | $ |

**¿Recibe actualmente alguna de las siguientes ayudas? Por favor marque todos los que apliquen: ☐Medical ☐CalFresh ☐WIC ☐Progama de Asistencia Alimentaria de California ☐Programa de Distribucion de Alimentos en Reservation Indigenas ☐Head Start/Early Head Start**

| **Anote Todos los Niños que Necesitan Cuidado de Niños** | **Sexo M/F** | **Fecha de Nacimiento** | **¿Su niño/a tiene necesidades especiales? (IEP or IFSP?)** |
|---|---|---|---|
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | ☐ Si ☐ No |

***Inscripciones solamente suceden cuando los fondos son disponibles. Ser puestos en la lista de elegibilidad no es garantía de servicios.**

***Firma de Padre/Guardián:*** _____ ***Fecha:*** _____

**ENVIE O ENTREGUE LA APLICACION A:**

**Children's Resource & Referral**
**2861 Airpark Drive,**
**Santa Maria, CA 93455**
**(805) 925-7071 / Email: carewait@crrsbc.org**