

# 24 Hour Oakland Parent Teacher Children Center Inc.



Funded in part by California Department of Education Child Development

510 534-6030 Telephone  
510 534-9140 Fax

4700 International Blvd.  
Oakland, California 94601

Estimados padres prospectivos,

¡ Felicidades! Cumplimentación del formulario adjunto lista de espera le agregará a nuestra lista de espera para servicios de desarrollo infantil. Puede devolver la solicitud completada a Gwen Bell-Babaoye o LaToya Singleton @ 4710 47 Avenue o ya puede dejarlo en el "cuadro de cuota" ubicado en el aula en 47<sup>th</sup> Avenue sitio. (En la esquina de Oriente 14 y 47<sup>th</sup>)

Gracias para aplicar a nuestro programa. Revisará su solicitud y luego clasificada según su ingreso, tamaño de la familia y necesidad de servicio. Recibirás una llamada acerca de su estado una vez revisado.

**Nota: si otro candidato ocupa el puesto más bajo que eres, son propensos a ser llamado primero. Debemos seguir lineamientos del estado en cuanto a que acepte en nuestro programa.**

Gracias por su solicitud,

Gwen Bell-Babaoye, Program Coordinator

LaToya Singleton, Administrative Assistant

Kevin Lacy, Program Assistant



SITIO WEB  
[24houroptcc.com](http://24houroptcc.com)



¡Aplica ya!!

**24 horas Oakland Parent Teacher Children Center, Inc**  
**Formulario de lista de espera**



Hoy Fecha: \_\_\_\_\_

<b>PADRE/TUTOR #1</b>				
Nombre		Apellido		Inicial media
Teléfono residencial #	Teléfono alternativo #	Teléfono del trabajo #	Nacimiento	
Relación con el niño		Estado civil	Idioma preferido	
¿Es usted actualmente un beneficiario de CalWORKs? Y o N		¿Es usted un padre adoptivo? Y o N		Si es así, envíe toda la documentación con esta solicitud.
<b>PADRE/TUTOR #2 (Solo completo si este padre/tutor vive en el hogar)</b>				
Nombre		Apellido		Inicial media
Teléfono móvil #	Alternar #	Teléfono del trabajo #	Nacimiento	
<b>INFORMACIÓN DEL HOGAR</b>				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Tamaño de la familia: <i>Número de adultos y niños relacionados por sangre, matrimonio o adopción que viven en el hogar</i>				#
RAZÓN PARA NECESITAR ATENCIÓN ( <i>marque todo lo que corresponda</i> ) Escriba la información a continuación si está marcada				Padre/Tutor #1
Trabajando- _____ am a _____ pm M T W Th F (código postal)				<input type="checkbox"/>
Educación/Formación- _____ am a _____ pm M T W Th F (código postal)				<input type="checkbox"/>
Médicamente incapacitado/discapitado				<input type="checkbox"/>
Búsqueda activa de empleo				<input type="checkbox"/>
Personas sin hogar/que buscan vivienda permanente				<input type="checkbox"/>
NO NECESIDAD – casilla de verificación <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola o migrante				<input type="checkbox"/>

**Por favor, devuelva esta solicitud por correo, fax, Correo electrónico o en persona para:**  
**4700 International Blvd.**  
**94601, Oakland, California**  
**510 534-6030 Ofc 510 534-9140 Fax**  
**24houroptcc@gmail.com**

**24 horas Oakland Parent Teacher Children Center, Inc**  
**Formulario de lista de espera**

<b>INGRESOS MENSUALES Y FUENTES DEL HOGAR: INGRESE EL TOTAL DE DÓLARES, ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES PARA CADA FUENTE DE INGRESOS PARA LOS PADRES EN EL HOGAR</b>		
<b>INGRESOS BRUTOS MENSUALES</b>	<b>Padre/Tutor #1</b>	<b>Padre/Tutor #2</b>
Empleo Salario o salarios/ Ingresos del trabajo por cuenta propia (antes de impuestos)	\$	\$
Ayuda en efectivo (Cal Works)	\$	\$
Manutención de niños / cónyuges que recibe	\$	\$
Prestaciones por desempleo	\$	\$
Compensación del trabajador	\$	\$
Prestaciones por discapacidad	\$	\$
Otros ingresos (sírvase describir):	\$	\$
<b>NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (menores de 18 años)</b>		
<b>1º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Fecha de nacimiento-</b>
¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin necesidades especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿Su hijo está inscrito actualmente en un programa subsidiado de cuidado infantil? Sí o No En caso afirmativo, waquí? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Servicios necesarios: (Compruebe qué aplicaciones) Tiempo completo A tiempo parcial No se necesita servicio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>2º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Fecha de nacimiento-</b>
¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin necesidades especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿Su hijo está inscrito actualmente en un programa subsidiado de cuidado infantil? Sí o No En caso afirmativo, waquí? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Servicios necesarios: (Compruebe qué aplicaciones) Tiempo completo a tiempo parcial No se necesita servicios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>3º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Fecha de nacimiento-</b>
¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin necesidades especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿Su hijo está inscrito actualmente en un programa subsidiado de cuidado infantil? Sí o No En caso afirmativo, ¿dónde? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Servicios necesarios: (Marque lo que corresponda) Tiempo completo a tiempo parcia No se necesita servicios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**\* Recuerde que esta es SOLO una solicitud para nuestra lista de espera para atención subsidiada. Esta aplicación NO garantiza que recibirá servicios.**

La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Do y permiso para que esta información se comparta con el Departamento de Licencias de Atención Comunitaria y el Departamento de Educación de California.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva esta solicitud por correo, faxCorreo electrónico o en persona para:**  
**4700 International Blvd.**  
**94601, Oakland, California**  
**510 534-6030 Ofc 510 534-9140 Fax**  
**24houroptcc@gmail.com**

**24 horas Oakland Parent Teacher Children Center, Inc**  
**Formulario de lista de espera**

**NIÑOS ADICIONALES QUE VIVEN EN EL HOGAR (pero no necesitan atención SUBSIDIADA)**

Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento
Nombre	Apellido	Nacimiento

*Siempre estamos aceptando solicitudes para nuestro programa. Puede agregar a su hijo a la lista de espera tan pronto como a 1 (un) día de edad. Aceptamos niños de 2 años a 4 años en el programa. Si conoce a alguien que necesite cuidado infantil subsidiado y NO califique para TK (Kindergarten de transición), pídale que se comuniquen con nuestra oficina administrativa para obtener más información.*

*Gracias por elegir nuestra agencia para su futura necesidad de servicios de desarrollo infantil.*

*Sinceramente*

*Personal 24 horas*



 ¡Aplica ya!!

*Por favor, devuelva esta solicitud por correo, fax Correo electrónico o en persona para:*

*4700 International Blvd.  
94601, Oakland, California  
510 534-6030 Ofc 510 534-9140 Fax  
24houroptcc@gmail.com*