

# 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! Complimentación 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.

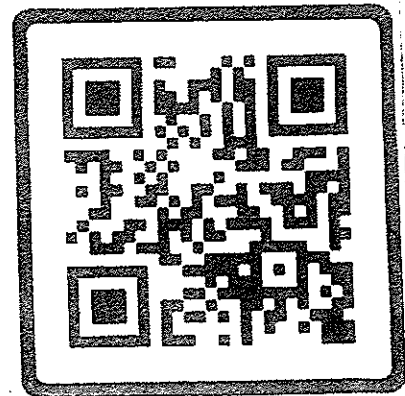
**Nota:** si otro candidato ocupa el puesto más bajo que eres, son propensos a ser llamado primero. Debemos seguir lineamientos del estado en cuanto a que acepte en nuestro programa.

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!!

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA**

***Para todos los demás programas de asistencia nutricional de FNS, las agencias estatales o locales, y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:***

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3207.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe ser enviado al USDA por:

1. Correo:  
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida Independencia, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. Fax:  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico:  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

**24 horas Oakland Padre Maestro Centro de Niños, Inc**  
**Formulario de lista de espera**



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR #1**

Nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
Teléfono de casa #		Teléfono alternativo #		Teléfono de trabajo #	
Relación con el niño		Estado civil		Idioma preferido	
¿Es usted actualmente beneficiario de CalWORKs? S o N		¿Es usted un padre de acogida? S o N		Si es así, envíe toda la documentación con esta solicitud.	

**PADRE/TUTOR #2 (Solo completo si este padre/tutor vive en el hogar)**

Nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
Teléfono móvil #		Alternar #		Teléfono de trabajo #	
Dirección		Ciudad		Estado	
Código postal		Condado		Tamaño de la familia: <i>Número de adultos e hijos relacionados por sangre, matrimonio o adopción que viven en el hogar</i>	

**INFORMACIÓN DEL HOGAR**

Dirección		Ciudad		Estado		Código postal		Condado	
Labor- _____ am a _____ pm M T W T H F Su (código postal)		Educación/Capacitación- _____ am a _____ pm M T W T H F (código postal)		Médicamente Incapacitado/Discapacitado		Búsqueda activa de empleo		#	
RAZÓN POR LA QUE SE NECESITA ATENCIÓN (Marque <i>todo lo que corresponda</i> ) Escriba la información a continuación si está marcada						Padre/Tutor #1		Padre/Tutor #2	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

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

4700 Blvd. Internacional  
 Oakland, Calif. 94601  
 510 534-6030 Ofc 510 534-9140 Fax  
 24houroptcc@gmail.com

**24 horas Oakland Padre Maestro Centro de Niños, Inc**  
**Formulario de lista de espera**

Personas sin hogar/en busca de vivienda permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO NECESIDAD – casilla de verificación      Trabajador agrícola o migrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INGRESOS Y FUENTES MENSUALES DEL HOGAR:** *ingrese el total de dólares, antes de impuestos y deducciones para cada fuente de ingresos para los padres en el hogar.*

INGRESOS BRUTOS MENSUALES	Padre/Tutor #1	Padre/Tutor #2
Empleo Sueldo o salario/ Ingresos del trabajo por cuenta propia (antes de impuestos)	\$	\$
Ayuda en efectivo (Cal Works)	\$	\$
Manutención de los hijos/cónyuge que recibe	\$	\$
Prestaciones por desempleo	\$	\$
Compensación al trabajador	\$	\$
Prestaciones por discapacidad	\$	\$
Otros ingresos (por favor describa):	\$	\$
<b>NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (menores de 18 años)</b>		

<b>1º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Nacimiento-</b>
-------------------	------------------	--------------------

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin Necesidades Especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otro

¿Su hijo está actualmente inscrito en un programa de cuidado infantil subsidiado? Sí o No En caso afirmativo, ¿dónde?

Servicios Necesarios: (Marque lo que corresponde) Tiempo Completo Tiempo Parcial No Se Necesitan Servicios

<b>2º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Nacimiento-</b>
-------------------	------------------	--------------------

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin Necesidades Especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otro

¿Su hijo está actualmente inscrito en un programa de cuidado infantil subsidiado? Sí o No En caso afirmativo, ¿dónde?

Servicios Necesarios: (Marque lo que corresponde) Tiempo Completo Tiempo Parcial No Se Necesitan Servicios

<b>3º Nombre-</b>	<b>Apellido-</b>	<b>Nacimiento-</b>
-------------------	------------------	--------------------

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Sin Necesidades Especiales IEP (Plan Educativo Individual) IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) Otro

¿Su hijo está actualmente inscrito en un programa de cuidado infantil subsidiado? Sí o No En caso afirmativo, ¿dónde?

Servicios Necesarios: (Marque lo que corresponde) Tiempo Completo Tiempo Parcial No Se Necesitan Servicios

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

La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Doy permiso para que esta información se comparta dentro de esta Agencia.

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

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

**24 horas Oakland Padre Maestro Centro de Niños, Inc**  
**Formulario de lista de espera**

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

**NIÑOS ADICIONALES VIVIENDO EN EL HOGAR (NO SE NECESITA CUIDADO SUBSIDIADO)**

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

*¿Su(s) hijo(s) recibe(n) actualmente los servicios de Med-i-Cal? Sí o no (Por favor, encierre la respuesta en un círculo)*

*¿Recibe actualmente W.I.C. para su(s) hijo(s)? Sí o no*

*¿Su familia recibe CalFresh? Sí o no*

*¿Tiene un caso actual de CPS archivado en el Estado? Sí o no*

*Si es así, ¿qué condado? \_\_\_\_\_*

*¿Hay alguna preocupación física o mental especial que debemos conocer?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

*La solicitud se retirará en función de la prioridad y el rango.*

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

*Sinceramente*

*Personal las 24 horas*

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

