

**Cabrillo College PROGRAMA DE SERVICIOS EXTENDIDOS
 APLICACION PARA SERVICIOS DEL PROGRMA
 CARE
 2008/2009**

*Para estudiantes del programa "EOPS" que reciben beneficios de CalWORKs, Medi-Cal, Seguro Social, y/o
 estampillas para comida y que tienen hijos menores de 14 años*

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____ # de identificación de estudiante _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Requisitos preliminares:

¿Es elegible para EOPS?: Sí No
 ¿Ha solicitado ayuda financiera?: Sí No
 ¿Tiene hijos menores de 14 años?: Sí No

Estado marital: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Casado/a/Separado/a

¿Es usted padre/madre de familia soltero/a?: Sí No

¿Quién recibe ayuda monetaria?: Usted sus hijos

Fecha en que comenzó a recibir beneficios: _____

Condado : _____ CA

NOTA: Favor de entregar la forma adjunta sobre sus ingresos de CalWORKs. No podemos procesar su aplicación sin este documento.

Información personal:

Nombres niños dependientes:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad

¿Participa usted en alguno de estos servicios y programas?:

- WIA (Workforce Investment Act) Cal WORKs
- Fast Track to Work (FTTW) Medi-Cal Estampillas para comidas
- SSI Departamento de rehabilitación vocacional
- Servicios para estudiantes discapacitados

¿Ha completado un asesoramiento de CalWORKs?: Sí No

Nombre de la persona a cargo de su caso en CalWORKs: _____

Teléfono: _____

¿Está recibiendo servicios de pago para cuidado infantil?: Sí No

Si su respuesta es sí, ¿quién hace los pagos?: Recursos Humanos

Asociación de padres de familia Otro _____

Meta académica:

- Vocacional Transferencia universitaria

Estado de empleo:

¿Está trabajando actualmente?: Sí No

FTTW (estudio/trabajo) Estudio/trabajo federal Servicio comunitario/voluntario

Pasante Otro

Horas a la semana: _____

Firma

Fecha

.....
PARA USO DE NUESTRA OFICINA SOLAMENTE

Requisitos de elegibilidad

¿Elegible para EOPS? Sí No

¿Mayor de 18 años? Sí No

¿Participante de CalWORKs? Sí No

¿Verificación de ingresos? Sí No

¿Verificación sobre padre/madre de familia soltero/a? Sí No

¿Elegible?:

Sí No

Fecha: _____

Firma de autorización: _____

CARE

Cooperative Agencies Resources for Education
Cabrillo College
Untaxed Income Verification Agency Certification
2008/2009

CARE regulations require us to verify family's financial resources. The information provided below will be used only for CARE purposes and will be confidential per Section 76200-76246 of the California Education Code and the 1974 Family Education Rights and privacy Act.

To be completed by student and returned to the EOPS Office at Cabrillo College

"I authorize the appropriate office/agency to provide the information requested by Cabrillo College"

Case Name under which benefits are paid (please print)

First _____ Last _____

SSN _____

CARE Applicant's Signature _____ Date _____

If you or your children are currently receiving cash aid from CalWORKs check here: _____

To be completed by the Agency

A. The above applicant is receiving CalWORKs cash aid benefits for their household ___ Yes ___ No

B. The date benefits began: _____

C. The applicant is a single head of household: ___ Yes ___ No

D. Comments _____

Agency Representative _____ Title _____

Signature _____ Date _____

AGENCY STAMP REQUIRED

Please return to: EOPS Program-Cabrillo College, 6500 Soquel Dr., Aptos, CA 95003