

## Central Valley Children's Services Network Proceso para Solicitud de la Lista de Elegibilidad

PARA QUE SU FAMILIA SEA COLOCADA EN LA LISTA DE ELEGIBILIDAD DE CVCSN, **TODOS LOS DOCUMENTOS** NECESARIOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DEBEN PRESENTARSE CON LA SOLICITUD

### Instrucciones:

Llene la solicitud **COMPLETAMENTE**. **NO** se aceptarán solicitudes incompletas.

Incluya con la aplicación: prueba de domicilio y documentación de ingresos:

**El padre es responsable de proporcionar la documentación del ingreso contable de la familia para todos los individuos contados en el tamaño de la familia como sigue:**

- (1) Si el padre está empleado, proporcione todos los talones de cheque de nómina u otro registro de salarios expedidos por el empleador como sigue:
  - a. Horario fijo, el mes anterior
  - b. Horario variable, los 3 meses anteriores
  - c. Temporal o agrícola, los 12 meses anteriores
- (2) Si el padre es empleado-independiente, proporcionara una combinación de la documentación necesaria para establecer elegibilidad de ingresos como sigue:
  - a. Los últimos 3 meses de ingresos (ganancias y pérdidas),
  - b. Una carta de la fuente de a ingresos,
  - c. Una copia de la declaración de impuestos más recientemente firmada y completada con una declaración de ingresos estimado para efectos fiscales, u
  - d. Otros registros de negocios, tales como libros, recibos o registros de negocios.
- (3) Verificación de ingreso familiar bruto de **todas** las fuentes (las fuentes incluyen: copia de talones de cheque para el mes anterior, manutención infantil, discapacidad, beneficios de seguro social, reporte de ayuda en efectivo de CalWorks/Cal-Win, desempleo, información de ayuda financiera, etcétera.)

Elegibilidad de **Stage Two**: Los padres que dejaron de recibir ayuda en efectivo para sí mismos dentro de los últimos 24 meses, deben presentar un aviso de terminación de acción (NOA) del Condado indicando el último día de (CASH AID) ayuda en efectivo (o carta de discontinuación de asistencia monetaria)

**Padres de Crianza** solicitando servicios necesitarán una solicitud separada para el/los niño/niños sin relación familiar.

Las solicitudes de elegibilidad pueden ser imprimidas de la página web de CVCSN: [www.cvcsn.org](http://www.cvcsn.org)  
Si usted tiene alguna pregunta, llame a CSN al (559) 256-0943.

### Presentando la solicitud

Presente su solicitud en persona o enviándola por correo a:

Central Valley Children's Services Network: 1911 N. Helm, Ave. Fresno, CA 93727.

**Presentar una solicitud NO garantiza servicios subsidiados de cuidado de niños**

Fecha de Solicitud:

**Central Valley Children's Services Network**

**LISTA DE ELEGIBILIDAD**

Solicitud de Elegibilidad para Servicios Subsidiados de Cuidado Infantil

Condado de Fresno  
Código FIPS 06019

**INFORMACION SOBRE EL PADRE/MADRE/TUTOR**

Características de Familia (marque lo pertinente):

- Padre/Madre Adolescente  Universidad Comunitaria de CA  Universidad Estatal de CA  Migrante  Otro

Si marcó Migrante, favor de contestar las siguientes tres preguntas:

- 1) ¿En el último año se ha mudado de un condado o país diferente en busca de trabajo agrícola?  No  Sí ¿En los últimos 5 años?  No  Sí
- 2) ¿Actualmente depende Ud. de trabajo agrícola temporal?  No  Sí
- 3) ¿Proviene por lo menos el 50% de su ingreso anual familiar de trabajo agrícola?  No  Sí

¿Está solicitando servicios de cuidado infantil por una referencia de un medico, Servicios de Protección para Niños, psicólogo, o trabajador social?  No  Sí, anote el nombre y # de teléfono de la oficina/agencia:

¿Había estado antes en la Lista de Elegibilidad Centralizada de CVCSN?  No  Sí, nombre de Padre o Tutor

Por Favor Escriba en Letra de Molde

**PADRE A**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Parentesco con el o los Niño(s): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo			<input type="checkbox"/> E-mail
#de Teléfono ¿la mejor hora para llamarle? ( )	# de Teléfono para Mensaje ( )	# Teléfono celular ( )	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica			

**Razón por la que necesita el servicio (Marque todo lo pertinente - se requiere por lo menos una razón)**

<input type="checkbox"/> Trabajando 1er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 2do Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 3er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Escuela/Entrena	Escuela/Instituto de Entrenamiento		Código Postal	# de Teléfono	
Otra(s) Razón(es)	<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Programa pre-escolar parcial				

Por Favor Escriba en Letra de Molde

**PADRE B**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Parentesco con el o los Niño(s): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo			<input type="checkbox"/> E-mail
#de Teléfono ¿la mejor hora para llamarle? ( )	# de Teléfono para Mensaje ( )	# Teléfono celular ( )	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica			

**Razón por la que necesita el servicio (Marque todo lo pertinente - se requiere por lo menos una razón)**

<input type="checkbox"/> Trabajando 1er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 2do Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Trabajando 3er Empleo	Empleador	Código Postal	# de Teléfono	Horas por semana	Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes (1ro y 15)
<input type="checkbox"/> Escuela/Entrena	Escuela/Instituto de Entrenamiento		Código Postal	# de Teléfono	
Otra(s) Razón(es)	<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando vivienda permanente <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Programa pre-escolar parcial				

## INFORMACION DE LA FAMILIA

Domicilio de Casa (No se aceptan Apartados Postales)	Ciudad	Condado	Código Postal
Domicilio de Correspondencia (si es distinto al domicilio de casa)	Ciudad	Condado	Código Postal
*Tamaño de Familia:	La "familia" significa los padres y a los niños de quienes los padres son responsables; el cual consiste del niño recibiendo los servicios donde está viviendo. Cuando un niño y su los hermanos vive en una familia que no incluya a su padre biológico o adoptivo, considerarán a la "familia" el niño y los hermanos relacionados.		

Étnicidad \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

Enumere a todas las personas (18 años y más) que viven en el hogar que tengan responsabilidad del cuidado y del bienestar del niño/de los niños.

<b>Adulto 1</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
<b>Adulto 2</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
<b>Adulto 3</b>	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Parentesco con el o los Niño(s):		Razón por la que necesita el Servicio: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar	

### Cal WORKs

¿Alguno de los padres esta recibiendo asistencia monetaria?  Si  No Numero de Caso \_\_\_\_\_

¿Si nó, alguno de los padres ha recibido asistencia monetaria durante los últimos 2 años?  Yes  No

### FUENTES DE INGRESO ACTUALES

(antes de impuestos y deducciones)

Padre A

Padre B

Ingresos de Algún Otro Adulto

Esta sección debe ser completada. Incluya documentos originales. (Se necesitan ingresos de todo un mes)

	Padre A	Padre B	Ingresos de Algún Otro Adulto
* Salario mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ayuda monetaria del programa CalWorks	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Apoyo monetario por la manutención del niño(s)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Apoyo monetario conyugal	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficio de Desempleo mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficio de Incapacidad mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Propinas/Bonos mensuales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Reembolso de ayuda para padres decrianza	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>INGRESO MENSUAL DE PADRE(S)</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**TOTAL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL:** \_\_\_\_\_

\*El ingreso de familias migrantes debe promediarse entre los últimos 12 meses.

### Comentarios:

# INFORMACION DE NIÑO

Anote todos los niños de la familia menores de 18 años.

<b>Niño 1</b>	Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
---------------	----------------	--------------	----------------------

Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	--	--	---

¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar?  No  Sí, marque el honorario que hecesita:  Tiempo completo (6 hrs. o más)  Tiempo parcial (6 hrs. o menos)  
 Sí  Tardes  Fin de semana  Pasar la noche

¿Necesita los servicios en los próximos 30 días?  No, fecha requerida: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño necesidades especiales?  No  Sí, marque el tipo:  IEP  IFSP (Ver la hoja de explicación)

¿Asiste a la escuela el niño?  No  Sí, anote el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:**

Nombre del Proveedor / Agencia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:**

- Tipo:  Sin Preferencia  Guardería (Religiosa)  
 Guardería  Cuidado Infantil Familiar en Casa  
 Exento  Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)  
 Inicio Temprano  Programa antes y despues de la escuela  
 Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo  Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Distrito de la Escuela \_\_\_\_\_

¿Necesita cuidado en alguna área en particular?  Sí, código postal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 No

<b>Niño 2</b>	Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
---------------	----------------	--------------	----------------------

Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	--	--	---

¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar?  No  Sí, marque el honorario que hecesita:  Tiempo completo (6 hrs. o más)  Tiempo parcial (6 hrs. o menos)  
 Sí  Tardes  Fin de semana  Pasar la noche

¿Necesita los servicios en los próximos 30 días?  No, fecha requerida: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño necesidades especiales?  No  Sí, marque el tipo:  IEP  IFSP (Ver la hoja de explicación)

¿Asiste a la escuela el niño?  No  Sí, anote el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:**

Nombre del Proveedor / Agencia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:**

- Tipo:  Sin Preferencia  Guardería (Religiosa)  
 Guardería  Cuidado Infantil Familiar en Casa  
 Exento  Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)  
 Inicio Temprano  Programa antes y despues de la escuela  
 Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo  Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Distrito de la Escuela \_\_\_\_\_

¿Necesita cuidado en alguna área en particular?  Sí, código postal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 No

<b>Niño 3</b>	Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
---------------	----------------	--------------	----------------------

Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	--	--	---

¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar?  No  Sí, marque el honorario que hecesita:  Tiempo completo (6 hrs. o más)  Tiempo parcial (6 hrs. o menos)  
 Sí  Tardes  Fin de semana  Pasar la noche

¿Necesita los servicios en los próximos 30 días?  No, fecha requerida: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño necesidades especiales?  No  Sí, marque el tipo:  IEP  IFSP (Ver la hoja de explicación)

¿Asiste a la escuela el niño?  No  Sí, anote el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:**

Nombre del Proveedor / Agencia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:**

- Tipo:  Sin Preferencia  Guardería (Religiosa)  
 Guardería  Cuidado Infantil Familiar en Casa  
 Exento  Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)  
 Inicio Temprano  Programa antes y despues de la escuela  
 Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo  Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Distrito de la Escuela \_\_\_\_\_

¿Necesita cuidado en alguna área en particular?  Sí, código postal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 No

<b>Niño 3</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que hecesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y despues de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

<b>Niño 4</b>		Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	¿Esta el/la niño o niña bajo proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Niño Biologico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su niño necesita cuidado infantil / preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el honorario que hecesita:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 hrs. o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (6 hrs. o menos)		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Pasar la noche		
¿Necesita los servicios en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> No, fecha requerida: _____				
¿Tiene su niño necesidades especiales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, marque el tipo: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP		(Ver la hoja de explicación)		
¿Asiste a la escuela el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, anote el nombre de la escuela _____				
<b>Si recibe cuidado actualmente el niño - provea la siguiente información:</b>		<b>Si no esta recibiendo cuidado actualmente - indique el/los tipo(s) de cuidado deseado:</b>		
Nombre del Proveedor / Agencia _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Guardería (Religiosa)		
Domicilio _____		<input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa		
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____		<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Familiar en Casa (de Red)		
		<input type="checkbox"/> Inicio Temprano <input type="checkbox"/> Programa antes y despues de la escuela		
		<input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo completo <input type="checkbox"/> Programa Pre-escolar Estatal de tiempo parcial		
		Escuela _____ Nombre del Distrito de la Escuela _____		
¿Necesita cuidado en alguna área en particular? <input type="checkbox"/> Sí, código postal: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> No		

**Firma:**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Los Estados Unidos de América que la información contenida dentro de esta solicitud es verdadera, correcta, y completa.

Además entiendo que toda información personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solicitudes completas y documentación de ingresos pueden someterse a Central Valley Children's Services Network, 1911 N. Helm ave. Fresno, CA 93727. Para más informacion llame: (559) 256-0943; (559) 256-0966 ó visite la pagina Cibernetica de CSN al: [www.cvcsn.org](http://www.cvcsn.org)

**\*\*\*Su inscripción en la lista de Espera de CSN NO LO AGREGA en la listas de otras agencias\*\*\*  
**Para colocarse en otras listas debe aplicar comunicandose directament con cada agencia abajo.****

**Programas Subsidiados de Desarrollo Niños y Programas de Pagos Alternativos**

Agencia por Tipo de Programa	Teléfono	Domicillio	Ciudad	Estado	Código Postal
<b>Center-Based Child Care General (CCTR)</b>					
<b>Centro de Desarrollo de niños (día completo/año completo programa para infantes, niños pequeños o niños en edad escolar K -6 )</b>					
CSN Early Education Center	399-3061	1318 "K" Street	Sanger	CA	93657
CSN FIRM	487-1509	1940 N Fresno ST	Fresno	CA	93703
Central Valley Children's Services Network	456-1100	1911 N. Helm Ave.	Fresno	CA	93727
Firebaugh-Las Deltas Unified School District	659-1421	1976 Morris Kyle Drive	Firebaugh	CA	93622
Fresno County Economic Opportunity Com SACC	263-1015	1900 Mariposa Mall Ste 115	Fresno	CA	93721
Fresno State Programs For Children	278-0225	5005 N. Maple Ave MS-501	Fresno	CA	93740
Fresno Unified School District	457-3680	2348 Mariposa 1st Floor	Fresno	CA	93721
Hansel & Gretel Inc.	229-1148	2729 W. Lake VanNess Circle	Fresno	CA	93711
Madera/Fresno Migrant Head Start	277-8641	4610 W. Jacquelyn Ave	Fresno	CA	93722
Panda's Env Day Care School Inc./Fresno & Fowler	486-5551	2105 Martin Luther King Jr Blvd	Fresno	CA	93706
State Center Community College District	244-2691	1621 E. University Ave.	Fresno	CA	93704
West Hills Community College	934-2384	9900 Cody Street	Coalinga	CA	93210
<b>Family Child Care Homes Educational Network (CFCC)</b>					
<b>Red Educativa de Cuidado Hogareño de Niños (el cuidado se proporciona en un hogar con licencia que está supervisado por una agencia ; pueden cuidar infantes y niños pequeños de edad preescolar hasta niños K-6)</b>					
Central Valley Children's Services Network	256-0943	1911 N. Helm Ave.	Fresno	CA	93727
Community Action Partnership	846-5352	14660 West "G" Street	Kerman	CA	93630
<b>Migrant Center - Based (CMIG)</b>					
<b>Programas de Desarrollo y Cuidado de Niños Migrantes sirven a los hijos de trabajadores agrícolas, mientras sus padres están trabajando, pueden servir infantes, niños pequeños o, niños de edad pre-scolar o escolar)</b>					
Central Valley Children's Services Network	256-0943	1911 N. Helm Ave	Fresno	CA	93727
Community Action Partnership (Kerman Migrant)	846-5352	14660 West 'G' Street	Kerman	CA	93630
Fresno Co Supt of School/Proteus (Parlier Migrant Center)	646-2735	8800 S. Academy	Parlier	CA	93648
<b>State Preschool (CSPP) - Día Completo</b>					
<b>Preescolar del Estado (programa de enriquecimiento para niños de 3 y 4 años de edad)</b>					
CSN Early Education Center	399-3061	1318 "K" Street	Sanger	CA	93657
CSN Early Education Preschool	399-3075	1240 "K" Street	Sanger	CA	93657
CSN FIRM	487-1509	1940 N Fresno ST	Fresno	CA	93703
Reading and Beyond (Small World Learning Ctr)	283-6685	4670 E. Butler Ave.	Fresno	CA	93702
<b>State Preschool (CSPP) - Parte del Día</b>					
<b>Preescolar del Estado (programa de enriquecimiento para niños de 3 y 4 años de edad)</b>					
Central Unified School District	274-4700 Ext 63199	4605 N. Polk	Fresno	CA	93722
Clovis Unified School District	327-9180	1735 David E. Cook Way Ste. C	Clovis	CA	93611
Early Childhood Discovery Centers, Inc.	891-1695	3402 Lee Street	Selma	CA	93662
Kerman Unified School District	842-4505	14655 W 'F' Street	Kerman	CA	93630
Kings Canyon Unified School District	305-7278	1250 'K' Street	Reedley	CA	93654

**Programas Subsidiados de Desarrollo Niños y Programas de Pagos Alternativos**

<b>Agencia por Tipo de Programa</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Preescolar del Estado - Parte del Día (continuación)</b>					
Kingsburg Jt Union Elementary School District	897-6989	1501 Ellis Street	Kingsburg	CA	93631
Laton Joint Unified School District	922-4015	P.O. Box 248	Laton	CA	93640
Mendota Unified School District	655-4942	115 McCabe Ave.	Mendota	CA	93640
Orange Center Elementary School District	237-0437	3530 S Cherry Ave.	Fresno	CA	93706
Parlier Unified School District	646-2731	900 S. Newmark Ave.	Parlier	CA	93648
Raisin City Elementary School District	233-0128	6425 W Bowles Ave (PO Box 69)	Raisin City	CA	93652
Riverdale Joint Unified School District	867-0707	3160 W Mt Whitney Ave. (PO Box 1058)	Riverdale	CA	93656
Sanger Unified School District	875-6521	504 Faller Ave.	Sanger	CA	93657
Washington Colony Elementary School District	233-0706	130 E. Lincoln Ave.	Fresno	CA	93706
West Fresno Elementary School District	495-5615	2910 S Ivy Ave.	Fresno	CA	93706
West Park Elementary School District	233-6501	2695 S Valentine Ave.	Fresno	CA	93706
<b>State Preschool (CSPP) - (Día Completo y Parte Del Día) Preescolar del Estado (programa de enriquecimiento para niños de 3 y 4 años de edad)</b>					
CSN Early Education Center	399-3061	1318 "K" Street	Sanger	CA	93657
CSN Early Education Preschool	399-3075	1240 "K" Street	Sanger	CA	93657
CSN FIRM	487-1509	1940 N Fresno ST	Fresno	CA	93703
City Of Parlier (Parlier Academy Of Excellence)	646-6800	8000 S. Mendocino Ave.	Parlier	CA	93648
Educare Services Inc.	228-3232	3485 W. Ashcroft Ste 101	Fresno	CA	93722
Firebaugh-Las Deltas Unified School District	659-1421	1976 Morris Kyle Drive	Firebaugh	CA	93622
Fresno State Programs For Children	278-0228	5005 N. Maple Ave MS-501	Fresno	CA	93740
Fresno Unified School District	457-3680	2348 Mariposa 1st Floor	Fresno	CA	93721
Hansel & Gretel Inc.	229-1148	2729 W Lake VanNess Circle	Fresno	CA	93711
Madera/Fresno Migrant Head Start	277-8641	4610 W. Jacquelyn Ave	Fresno	CA	93722
Panda's Env Day Care School Inc/Fresno & Fowler	486-5551	2105 Martin Luther King Jr Blvd	Fresno	CA	93706
State Center Community College District	244-2691	1621 E. University Ave	Fresno	CA	93704
Target 8 Advisory Council (Orange Cove Day Care)	626-4275	555 G. Street	Orange Cove	CA	93646
VDA Inc.	228-3210	3485 W. Ashcroft Ste 101	Fresno	CA	93722
West Hills Community College	934-2384	9900 Cody Street	Coalinga	CA	93210
Westside Elementary School District	884-2492	19191 W Excelsior Ave. (P.O. Box 398)	Five Points	CA	93624
<b>Alternative Payment Program (CAPP) Pago Alternativo (los padres eligen un proveedor de cuidado infantil; la agencia le paga al proveedor por parte del padre) puede cuidar infantes y niños pequeños, niños en edad preescolar hasta niños K-6</b>					
Central Valley Children's Services Network	256-0943	1911 N. Helm Ave	Fresno	CA	93727
Supportive Services Inc.	230-2030	5090 N. West Ave	Fresno	CA	93711