

Programa de Pago de Cuidado Infantil
711 E. Main Street
Quincy, CA 95971



Programa de Pago de Cuidado Infantil

711 E. Main Street
Quincy, CA 95971

PHONE 530-283-4453
FAX 530-283-3647

www.PlumasRuralServices.org

**Vea las diferentes maneras en que
puede aplicar para el cuidado
infantil en el condado de Plumas:**

- Escanee el siguiente código QR
 - Rellene esta solicitud (en el reverso)
- O
- Llame al 530-283-4453



prs.social



plumasruralservices_inc



PRS_Inc



plumas-rural-svc

Ponga la
estampilla
aquí

PRS es un proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina a clientes ni a voluntarios por motivos de ninguna de las características protegidas identificadas por el Departamento de Derechos Civiles del Estado de California:
calcivilrights.ca.gov/employment/#whoBody



Programa de Pago de Cuidado Infantil

Recursos de Cuidado Infantil



Formulario de Solicitud

711 E. Main Street
Quincy, CA 95971
530-283-4453

www.PlumasRuralServices.org

Programa de Pago de Cuidado Infantil Lista de Elegibilidad

Programa de Pago de Cuidado Infantil puede pagar los costos de cuidado infantil para los padres o tutores legales:

- Trabajadores
- Que buscan trabajo
- En un programa de entrenamiento aprobado
- Referidos por los Servicios de Protección Infantil
- Sin hogar
- Con discapacidad
- Referidos por los Servicios Sociales del Condado

Puede averiguar rapidamente si sus ingresos califican utilizando la siguiente tabla:

(Pueden aplicarse programas gubernamentales de comprobación de recursos. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información.)

Tamaño familiar Ingresos mensuales

1 o 2	\$7,119
3	\$8,054
4	\$9,636
5	\$11,178
6	\$12,720
7+	Por favor, llame

Revisado 7/1/2026

Financiado por el Departamento de Servicios Sociales de California

Actualizado en julio de 2026

Aplicación



Escanee este código QR para postular en línea, o llene este formulario y envíelo por correo.

Fecha: _____

Correo Electronico: _____

Padre o Tutor A

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección postal, Ciudad, Código postal _____

Teléfono de casa #, Teléfono de trabajo # _____

Compruebe todo lo que corresponde:

☐ Trabajando ☐ Formación/Escuela
☐ Buscando trabajo ☐ Con discapacidad ☐ Otro

Ingresos brutos mensuales totales de todas las fuentes _____

Padre A

Ha recibido TANF (ayuda en efectivo) en los ultimos dos años de los Servicios Sociales? ☐ Sí ☐ No

Información sobre los niños que viven en casa:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Proveedor de cuidado infantil*	Dias/Horas del cuidado necesitado
----------	--------	---------------------	--------------------------------	-----------------------------------

*Si ya cuenta con un proveedor de cuidado infantil, favor de indicar el nombre

Padre o Tutor B

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador: Padre/Tutor A _____

Empleador: Padre/Tutor B _____

Compruebe todo lo que corresponde

☐ Trabajando ☐ Formación/Escuela
☐ Buscando trabajo ☐ Con discapacidad ☐ Otro

Ingresos brutos mensuales totales de todas las fuentes _____

Padre B