

**Solicitud confidencial de servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad**

Form EESD 9600, Page 1, (REV. 9/17) CDE Spanish, T17-758

**Agency Name: PACIFIC PRESCHOOL**  
 Family Identification/Case No.: \_\_\_\_\_  
 Initial Subsidized Service Date: \_\_\_\_\_  
 Type of Application: (Check one) Initial  Recertification

**Nota:** Las normas estatales requieren una solicitud y certificación formal para obtener servicios de desarrollo infantil. Usted recibirá un aviso por escrito de su elegibilidad dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de su firma en este formulario. Un representante de la agencia en consulta con la familia debe llenar este formulario. La agencia debe verificar y certificar la elegibilidad de la familia antes de iniciar los servicios. **Consulte las instrucciones adjuntas para llenar este formulario.**

**Sección I. Identificación de la familia. Si es padre/madre/cuidador(a) soltero(a), marque esta casilla:**  **Vea las instrucciones, Sección I.**

Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo incluyendo la inicial del segundo nombre)		Teléfono (celular o casa)	Teléfono (trabajo/escuela)		
A.					
Nombre del padre/madre/cuidador(a) (nombre completo incluyendo la inicial del segundo nombre)		Teléfono (celular o casa)	Teléfono (trabajo/escuela)		
B.					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Código FIPS 087	

**Sección II. Elegibilidad de la familia y razón por la que necesita el servicio**

**A. Condición de elegibilidad de la familia (marque todas las aplicables) A/B**

Servicios de protección	Beneficiario actual de la asistencia	Elegible por ingresos	Sin hogar	Programas para personas con discapacidades graves
-------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-----------	---

XXXXXXXXXX B. Razón por la que necesita el servicio.

Padre/madre/cuidador(a)	Razón por la que necesita el servicio	Padre/madre/cuidador(a)	Razón por la que necesita el servicio	Padre/madre/cuidador(a)	Sólo para beneficiarios de CalWORKs en las etapas 1, 2 y 3	
XXXXXXXXXX	Sin hogar	XXXXXXXXXX	Educación o capacitación		Actividades de CalWORKs	Fecha en que el padre/madre dejó de ser elegible para la asistencia:
XXXXXXXXXX	Trabaja	XXXXXXXXXX	Busca activamente empleo		Pago/servicio alternativo (Diversion)	Fecha: _____
XXXXXXXXXX	El menor fue remitido a servicios de protección debido a negligencia, abuso, explotación o está en riesgo de los mismos	XXXXXXXXXX	Busca vivienda permanente	Escriba la fecha de ingreso a cada etapa: Etapa 1: _____ Etapa 2: _____ Etapa 3: _____		
XXXXXXXXXX	Padre/madre/cuidador(a) está incapacitado(a) debido a necesidades médicas o psiquiátricas especiales					

XXXXXXXXXX C. Información de empleo/capacitación. Se debe llenar para cada adulto enumerado en la Sección I anterior para documentar la necesidad en función del empleo o la capacitación. (Adjuntar documentación).

Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Dirección					Ciudad	Código postal
A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
A	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
Días y horario de trabajo/capacitación:	De: A:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
Padre/madre/cuidador(a)	Empleador/escuela	Dirección					Ciudad	Código postal
B	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
B	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							
Días y horario de trabajo/capacitación:	De: A:	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

**Sección III. Tamaño e ingresos brutos mensuales ajustados de la familia**

A. Ingresos mensuales de la familia. Los ingresos mensuales ajustados de la familia de todas las fuentes (Adjunte comprobantes y documentación): \$ \_\_\_\_\_  
 B. Fuentes de los ingresos de la familia (Marque todas las aplicables. No cuente las áreas sombreadas en gris en la Sección III A anterior). Las casillas sombreadas en negro son para los beneficiarios de CalWORKs solamente. Nota: La Sección III B es para fines de recopilación de datos federales.

Empleo, incluyendo empleo por cuenta propia	Otros programas federales de ingresos en efectivo (como SSI)
Manutención de hijos	Vale o asistencia en efectivo para vivienda
Efectivo u otro tipo de asistencia bajo el Título IV de la Ley del Seguro Social (TANF)	Asistencia bajo la Ley de Cupones de Alimentos (Food Stamps Act) de 1977
Programas para extranjeros y familias con ambos padres sólo para el estado destinados a beneficiarios de CalWORKs	Otra

C. Tamaño de la familia (véase las instrucciones en "Términos y condiciones de financiamiento" para calcular el tamaño de la familia): \_\_\_\_\_

D. ¿Está el padre/madre actualmente en servicio activo (es decir, sirviendo a tiempo completo) en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? **SÍ** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿El padre/madre es miembro actual de una unidad de la Guardia Nacional o Reserva Militar? **SÍ** \_\_\_ **NO** \_\_\_

**Sección IV. Información de los menores. Incluya a todos los menores que residen en el hogar e incluidos en el conteo del tamaño de familia.**

Llene para todos los menores que residen en el hogar			Llene sólo para los menores atendidos por su agencia				Para los menores inscritos en más de un programa o sitio, use líneas adicionales cuando sea necesario											
(1) Nombre completo del menor incluyendo la inicial del segundo nombre	(2) Género		(3) Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	(4) Código de factor de ajuste	(5) Si no Origen étnico	(6) Raza	(7) Idioma materno		(8) Código de programa	(9) Código de tipo de cuidado	(10) Horas de cuidado por día							
	M	F					Código de idioma	¿El menor está aprendiendo inglés? (SÓLO para edad escolar)										
									CSP	04	E	4	4	4	4	4	X	X
									Nombre del proveedor/sitio: PACIFIC PRESCHOOL		V	X	X	X	X	X	X	X
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							
											E							
									Nombre del proveedor/sitio:		V							

**Sección V. Certificación y firma del padre/madre/cuidador(a).**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Entiendo que auto certifico mi condición de padre/madre/cuidador(a) soltero(a) bajo pena de perjurio en la Sección I de este documento al marcar la casilla de padre/madre/cuidador(a) soltero (a). Iniciales del padre/madre: _____</p> <p>2. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad podría ser revisada por representantes del estado de California, el gobierno federal, auditores independientes u otros según sea necesario para la administración de este programa.</p> <p>3. Entiendo que si la agencia rechaza esta solicitud de servicios, tengo derecho a apelar.</p> <p>4. Entiendo que recibiré una notificación de aprobación o desaprobación de mi solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que firmo este formulario.</p> | <p>5. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que no presente toda la documentación y firme y feche este formulario y un representante de la agencia lo revise, firme y feche.</p> <p>6. Certifico que mis bienes familiares no superan \$1,000,000; sección 658 p (4)(B) de la Ley de Subsidios Globales para el Cuidado y Desarrollo Infantil (Child Careand Development Block Grant Act).</p> <p>7. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por lo menos una vez al año. También entiendo que si no renuevo mi elegibilidad, ya no seré elegible para recibir servicios de cuidado infantil subsidiados para mi hijo.</p> |
|---|---|

**DECLARO BAJO PENNA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.**

Firma	Fecha	Parentesco con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo temporal <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____
Firma	Fecha	Parentesco con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo temporal <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____

XXXX Sección VI. Cuotas familiares

Tipo de cuota	Cuota fija mensual (vea las instrucciones para la Sección VI).	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo 130 o más horas por mes	Cuota fija mensual: \$XXXX	Detalles:XXXX
<input type="checkbox"/> Medio tiempo Menos de 130 horas por mes	Cuota fija mensual: \$XXXX	Detalles:XXXXX

**Sección VII. Para uso de la oficina solamente. (Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed, and dated by an agency representative.)**

Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Denied	Date Notice of Action Sent (Attach copy)	Date Notice of Action Given (Attach copy)	First date of subsidized service	Last date of enrollment
Signature of Authorized Agency Representative		Title	Telephone number	Date
Signature of Supervisor (Optional)		Title	Telephone number	Date

**Instrucciones para llenar el formulario EESD 9600:  
Solicitud confidencial de servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad**

El formulario 9600 EESD (u otra documentación que contenga la misma información) debe ser llenado y firmado por los padres y un representante de la agencia antes de que el menor ingrese al programa de desarrollo infantil. Todos los formularios de certificación y la documentación deben conservarse en el expediente familiar.

**Nombre de la agencia:** Escriba el nombre de la agencia que presta o paga los servicios de cuidado infantil en este espacio.

**Número de identificación de la familia o número de caso de la familia:** Se debe asignar un número de identificación de familia (FIN) o número de caso de familia (FCN) a cada familia. Escriba el FIN único en la casilla superior de la página uno del formulario EESD 9600.

**Fecha de inicio del servicio subsidiado:** Debe ser el primer mes y año en que los menores, que se enumeran en este formulario 9600 EESD, comenzaron a recibir servicios de cuidado infantil subsidiados de su agencia. **Cada formulario 9600 EESD debe tener un mes y año en este campo.** Esta información es para fines de presentación de informes. Si hay una interrupción de tres o más meses, escriba el mes en que se reanudó el cuidado infantil. Si hay una interrupción de menos de tres meses (por ejemplo, vacaciones), escriba la fecha original en que comenzó la asistencia y no la fecha en que se reanudó.

**Tipo de solicitud:** Marque la casilla después de "Inicial" si esta es la primera solicitud entregada a la agencia indicada en este formulario 9600 EESD. Marque la casilla después de "Recertificación" si esta es la segunda o posterior solicitud entregada a la agencia indicada en este formulario 9600 EESD.

#### Sección I. Identificación de la familia

**Nota:** Si el tamaño de la familia incluye a más de dos adultos, llene las secciones I, II y III de un segundo formulario 9600 EESD y adjúntelo a este formulario 9600 EESD. También puede utilizar un segundo formulario 9600 EESD para anotar a empleadores o instituciones de capacitación adicionales para los padres enumerados en la parte A y B de la Sección I.

**Padre/madre/cuidador(a) soltero(a):** Si el menor vive con un solo padre/madre/cuidador(a) que es el responsable legal o financiero del menor, marque la casilla en la línea junto a la **Sección I. Identificación de la familia.**

**Información del padre/madre/cuidador(a) A.** Para el primer adulto que vive en la misma casa que el menor o menores, llene todos los campos de la Sección I, incluyendo la información de dirección. Para los fines de estas instrucciones y la certificación de elegibilidad, el padre/madre/cuidador(a) será una persona que tiene la responsabilidad del menor. Así, "padre/madre/cuidador(a)" puede referirse, por ejemplo, a un padre biológico, un padrastro, un abuelo, un padre adoptivo o de crianza o un tutor legal.

**Código FIPS.** Consulte la sección "Códigos FIPS" en la página tres de estas instrucciones para determinar el código FIPS que identifica el estado y el condado donde vive el padre/madre/cuidador(a).

**Información sobre el padre/madre/cuidador(a) B.** Si un segundo padre/madre/cuidador(a) vive en el mismo hogar que el menor y se incluye en el cálculo del tamaño de la familia, llene todos los campos de la Sección I B.

#### Sección II. Elegibilidad de la familia y razón por la que se necesita el servicio

**NOTA:** Para los servicios de día parcial, la elegibilidad de la familia se determina basada en los ingresos mensuales brutos ajustados en relación con el tamaño de la familia solamente. Para los servicios de día completo, la elegibilidad de la familia se determina basada en los ingresos mensuales brutos ajustados en relación con el tamaño de la familia y la necesidad de la familia de servicios de

desarrollo infantil o su condición en CalWORKs.

- A. Condición de elegibilidad de la familia.** Vea todas las categorías de elegibilidad para las que califica la familia.
- B. Razón por la que necesita el servicio.** Para cada padre/madre/cuidador(a) u otro adulto incluido en el tamaño de la familia, indique con una "A" o "B" todas las razones por las cuales necesita los servicios y adjunte la documentación correspondiente. Si tiene más de una razón, identifique la razón principal de la necesidad de servicio con un asterisco. No llene esta sección para los programas de educación preescolar estatales de día parcial o para los programas para menores con discapacidad graves.

**Sólo para beneficiarios de CalWORKs:** Se debe llenar esta casilla para todos los beneficiarios de CalWORKs que reciben servicios en las etapas 1, 2 o 3.

- Si el padre/madre/cuidador(a) realiza actividades de CalWORKs, escriba "A" o "B" en la casilla con la etiqueta "Actividades de CalWORKs".
  - Si el padre/madre/cuidador(a) recibió un pago/servicio alternativo (conocido en inglés como "diversion"), escriba "A" o "B" en la casilla de "Pago/servicio alternativo (Diversion)".
  - En la casilla "Fecha de ingreso a cada etapa", escriba la fecha inicial de ingreso a cada etapa.
  - **Para las familias en la Etapa I o II que ya no son elegibles para la asistencia de CalWORKs, escriba la fecha en que el padre/madre dejó de ser elegible para la asistencia en la casilla de "Fecha en que el padre/madre/cuidador(a) dejó de ser elegible para la asistencia".**
- C. Información de empleo/capacitación.** Para cada padre/madre/cuidador(a), escriba el nombre y dirección del empleador o la institución de capacitación o educación, según corresponda. No llene esta sección para los programas de educación preescolar estatales de día parcial o para los programas para menores con discapacidad graves.

**Días y horario de trabajo/capacitación.** Escriba el inicio y final del horario para cada día que el padre/madre está en su trabajo o en un programa de capacitación.

#### Sección III. Tamaño e ingresos brutos mensuales ajustados de la familia

- A. Ingresos mensuales de la familia.** Escriba los ingresos brutos mensuales ajustados de la familia de todas las fuentes. Se deben comprobar todos los ingresos.
- B. Fuentes de los ingresos de la familia.** Marque cada casilla para identificar todas las fuentes de ingresos de la familia. Estas incluyen fuentes de ingresos que se **no** se toman en cuenta para las determinaciones de elegibilidad.
- Las casillas sombreadas en negro se deben llenar para los beneficiarios de CalWORKs solamente. Los departamentos de bienestar de los condados determinarán si un beneficiario de CalWORKs recibe beneficios de CalWORKs bajo el programa de extranjero sólo para el estado o el programa de ambos padres sólo para el estado. Estos dos programas se toman en cuenta para el requisito de mantenimiento de niveles de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families).
  - Las casillas sombreadas en gris no se deben incluir en el total de ingresos mensuales ajustados de la familia.

**Instrucciones para llenar el formulario EESD 9600:  
Solicitud confidencial de servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad**

**Sección III. Tamaño e ingresos brutos mensuales ajustados de la familia (continuación)**

La Sección III B es para fines de recopilación de datos federales solamente.

**Tamaño de la familia.** Escriba el tamaño total de la familia, incluyendo a (1) todos los padres/cuidadores que se enumeraron en el formulario EESD 9600; (2) todos los menores enumerados en la Sección IV; (3) cualquier adulto enumerado en otro formulario 9600 EESD; y (4) los menores enumerados en un segundo formulario 9600 EESD.

**C. Situación militar de la familia.** Escriba "Sí" si el padre está actualmente prestando servicio activo (es decir, presta servicio a tiempo completo) en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos. Escriba "No" si el padre/madre no está prestando servicio activo.

**D. Situación en la Guardia Nacional/Reserva Militar.** Escriba "Sí" si el padre/madre es actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar. Escriba "No" si el padre/madre no es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o Reserva Militar.

**Sección IV. Información de los menores**

**Nota: Llene las columnas 1 y 3 de esta sección para todos los menores de 18 años o menos que residen en el hogar. Si es necesario, utilice un segundo formulario 9600 EESD para anotar a más menores.**

**(1) Nombre del menor.** Enumere a todos los menores incluidos en el conteo de tamaño de familia de dieciocho años o menos, que están bajo la responsabilidad del padre/madre.

NOTA: Cuando un menor y sus hermanos viven en un hogar que no incluye a sus padres biológicos o adoptivos, se considerará que la "familia" son el menor y los hermanos relacionados. Escriba sólo a los menores de esta "familia" que tienen 18 años o menos de edad.

**(2) Género.** Marque la casilla apropiada en la columna 2 para cada menor que recibe atención a través de esta certificación.

**(3) Fecha de nacimiento.** En la columna 3 escriba las fechas de nacimiento de todos los menores enumerados en la columna 1 siguiendo este formato: mes/día/año.

**(4) Código de factor de ajuste.** Consulte la sección "Códigos de factor de ajuste" en estas instrucciones para determinar el código de factor de ajuste que debe anotarse en la columna 4. Si no se usa un factor de ajuste, deje esta casilla en blanco.

**(5) Origen étnico.** Escriba una "Y" si el menor es hispano o latino. De lo contrario, escriba una "N".

**(6) Raza:** Consulte la sección "Códigos de raza" en estas instrucciones para determinar los códigos de raza que deben anotarse en la columna 6. Deberá anotar al menos un código, pero puede ingresar todos los códigos que aplican para cada menor.

**(7) Idioma materno:** Consulte la sección "Códigos de idioma materno" en estas instrucciones para determinar el código de idioma que debe anotarse en la columna 7. **Código de idioma.** Use sólo los códigos de idioma materno proporcionados.

**¿El menor está aprendiendo inglés? Para los menores en kindergarten a duodécimo grado.** Para los estudiantes con un idioma distinto del inglés, escriba el idioma principal de los estudiantes que indicó en la encuesta del idioma que se habla en casa (Home Language Survey) aprobada por el estado.

**(8) Código de programa.** Consulte la sección "Códigos de programa" en estas instrucciones para determinar los códigos de programa que deben anotarse en la columna 8. Escriba un código por línea para cada menor que recibe servicios de cuidado infantil a través de esta certificación. Si el menor está inscrito en más de un programa o con más de un proveedor, use líneas adicionales para registrar esta información en las columnas 8 y 9 para cada menor.

**9. Tipo de cuidado y parentesco con el menor.** Consulte la sección "Códigos de tipo de cuidado" en estas instrucciones para determinar el tipo de código de atención que debe anotarse en la columna 9. Escriba el nombre del proveedor o sitio en el espacio provisto.

**10. Horas de cuidado por día.** Escriba la cantidad de servicios de desarrollo infantil que se necesitan cada día en la columna 9. Use la línea superior (marcada con una "E") para indicar la cantidad de cuidados necesarios durante el año escolar; use la línea inferior (marcada con una "V") para indicar la cantidad de tiempo que se necesita durante las vacaciones. Para niños en edad preescolar, utilice sólo la línea superior para registrar la cantidad de cuidado que necesita.

**Sección V. Certificación y firma del padre/madre/cuidador(a)**

Lea y explique las condiciones de elegibilidad y necesidad al padre/madre/cuidador(a) y asegúrese de que las entienda antes de que firme la solicitud. Los padres deben anotar sus iniciales en el punto 1 de la Sección V si están auto certificando al marcar la casilla en la Sección I. **Antes** de que el representante de la agencia firme el formulario, el padre/madre/cuidador(a) que llena la solicitud debe firmar y fechar el formulario e indicar su parentesco con el menor. Se requiere la firma de al menos uno de los padres en la solicitud.

**Sección VI. Cuotas familiares**

**Cuota fija mensual:** Use la tabla de cuotas familiares más actual en vigencia que publica la División de Apoyo y Educación Temprana (Early Education and Support Division). Calcule la cuota familiar según el tamaño de la familia, el total de ingresos contables y el total mensual de horas de cuidado certificadas que recibe el menor o menores. Si la familia tiene más de un menor que recibe servicios, calcule la cuota familiar basada en las horas de cuidado certificadas que recibe el menor con la mayor cantidad mensual de horas certificadas aprobadas.

**Cuota de tiempo completo:** Asigne una cuota de tiempo completo para una necesidad certificada de 130 horas o más por mes.

**Cuota de medio tiempo:** Asigne una cuota de medio tiempo para una necesidad certificada de menos de 130 horas por mes.

**Si procede, debe utilizarse el campo etiquetado "detalles" para explicar la determinación de la cuota.**

**Sección VII. Para uso de la oficina solamente**

El representante de la agencia debe llenar las casillas en esta sección. Esta certificación no está completa a menos que esté firmada y fechada por el representante de la agencia.

La "firma del supervisor" es un campo opcional y no es necesario.

**Para finalizar con el formulario**

Siga estos procedimientos una vez que haya llenado la certificación de la familia:

- Archive el formulario completo en el expediente familiar.
- Si la familia tiene un certificado nuevo o actualizado, agréguelo al expediente familiar. No elimine las solicitudes anteriores.

**Instrucciones para llenar el formulario EESD 9600:  
Solicitud confidencial de servicios de desarrollo infantil y certificación de elegibilidad**

**Sección I. Identificación de la familia****Códigos de los Estándares Federales para el Procesamiento de la Información (FIPS)**

El código FIPS consiste de un código del estado, que es un número de dos dígitos, y un código del condado, que es un número de tres dígitos. Los códigos son California - 06, Arizona - 04, Nevada - 32 y Oregon - 41.

**Los códigos de los condados de California son los siguientes:**

001 Alameda	041 Marin	081 San Mateo
003 Alpine	043 Mariposa	083 Santa Barbara
005 Amador	045 Mendocino	085 Santa Clara
007 Butte	047 Merced	087 Santa Cruz
009 Calaveras	049 Modoc	089 Shasta
011 Colusa	051 Mono	091 Sierra
013 Contra Costa	053 Monterey	093 Siskiyou
015 Del Norte	055 Napa	095 Solano
017 El Dorado	057 Nevada	097 Sonoma
019 Fresno	059 Orange	099 Stanislaus
021 Glenn	061 Placer	101 Sutter
023 Humboldt	063 Plumas	103 Tehama
025 Imperial	065 Riverside	105 Trinity
027 Inyo	067 Sacramento	107 Tulare
029 Kern	069 San Benito	109 Tuolumne
031 Kings	071 San Bernardino	111 Ventura
033 Lake	073 San Diego	113 Yolo
035 Lassen	075 San Francisco	115 Yuba
037 Los Angeles	077 San Joaquin	
039 Madera	079 San Luis Obispo	

Si la familia reside fuera de California, escriba el código del estado solamente.

**Sección IV. Información de los menores****Columna 4: Códigos de factor de ajuste**

21 Bebé	24 Discapacidad grave
22 Necesidades excepcionales (LEP)	25 Dominio limitado del inglés
23 Servicios de protección de menores	27 Niño pequeño

**Columna 6: Códigos de raza**

1 Indígena Americano o nativo de Alaska	2 Asiático
3 Negro o afroamericano	
4 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	
5 Caucásico	

**Columna 7: Códigos de idioma materno**

11 Árabe	24 Húngaro	06 Portugués
12 Armenio	25 Ilocano	28 Punyabí
42 Asirio	26 Indonecio	29 Ruso
13 Birmano	27 Italiano	45 Rumano
03 Cantonés	08 Japonés	30 Samoano
36 Cebuano (Visayan)	09 Khmer (camboyano)	31 Serbio
54 Caldeo	50 Khmu	52 Serbo-croata
20 Chamarro (guameño)	04 Coreano	01 Español
	51 Curdo	46 Taiwanés
		32 Tailandés

**Columna 7 Códigos de idioma nativo (continuación)**

39 Chaozhou	47 Lahu	53 Toishanese
14 Croata	07 Mandarín (Putonghua)	33 Turco
15 Holandés	48 Marshalés	38 Ucraniano
00 Inglés	44 Mien	35 Urdu
16 Farsi (persa)	49 Mixteco	02 Vietnamita
17 Francés	88 Idiomas nativos americanos	55 Otros idiomas de China
18 Alemán	40 Pastún	66 Otros idiomas de Filipinas
19 Griego	05 Filipino (tagalog)	99 Otros que no son inglés
43 Gujarati	41 Polaco	
21 Hebreo		
22 Hindi		
23 Hmong		

**Columna 8: Códigos de programa (prefijo del contrato)**

Para obtener los códigos de programa vigentes y los prefijos de contrato, acceda a la página web de los tipos de programas de contrato de cuidado y desarrollo infantil en <http://www.cde.ca.gov/sp/cd/ci/ccdprogramtypes.asp>.

**Columna 9: Códigos de tipo de cuidado**

02 Hogar de cuidado infantil familiar con licencia
03 Hogar de cuidado infantil familiar grande con licencia
04 Cuidado en un centro con licencia
05 Cuidado infantil en el hogar (del menor) exento de licencia proporcionado por un familiar
06 Cuidado infantil en el hogar (del menor) exento de licencia proporcionado por alguien que no es un familiar
07 Cuidado infantil fuera del hogar del menor exento de licencia proporcionado por un familiar
08 Cuidado infantil fuera del hogar del menor exento de licencia proporcionado por alguien que no es un familiar
11 Cuidado en un centro exento de licencia