



YMCA CHILDCARE RESOURCE SERVICE CHILD CARE REFERRAL REQUEST FORM

Date _____

Parent First Name _____ Last Name _____

Physical Address _____

City _____ Zip Code _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

E-mail address _____

Reason Needing Care: ☐Employment/Volunteer ☐School/Training ☐Seeking for work ☐Enrichment

Employer Name _____ Zip Code _____

Language Preference: ☐English ☐Spanish ☐Other _____

For statistical purposes only: ☐Two-Parent Family ☐Single-Parent ☐Teen-age Parent

How did you hear about us? _____

Type of Care Needed: ☐Full-time ☐Part-time ☐Evenings ☐Overnight ☐Weekends
☐Rotating Shift ☐Before/After School ☐Temporary/Emergency

Hours of Care Needed: Drop-off time _____ Pick-up time _____ **Days:** S M T W Th F S

Facility Type Preference: ☐Family Child Care Home ☐Child Care Center ☐Both

Care Preferred: ☐Near Home ☐Near Elementary School _____

☐Near Work/Other _____
(Provide full address)

Child 1	Child 2	Child 3
Name _____	_____	_____
Date of Birth _____ ☐ Male ☐ Female	_____	_____
_____	☐ Male ☐ Female	☐ Male ☐ Female
Special Needs Care Needed _____		

Child 4	Child 5	Child 6
Name _____	_____	_____
Date of Birth _____ ☐ Male ☐ Female	_____	_____
_____	☐ Male ☐ Female	☐ Male ☐ Female
Special Needs Care Needed _____		

Submit this form by fax to 619-521-3050 or scan and E-mail to myreferral@ymca.org.

Call the **Child Care Referral Line** at **800-481-2151** to speak to a Child Care Consultant or search for child care online at www.ymca.org/crs.

For Office Use Only

Date Received _____ Nware File Number _____

Consultant _____ Date Referrals Provided _____



YMCA CHILDCARE RESOURCE SERVICE
FORMULARIO PARA REFERENCIA DE CUIDADO INFANTIL

Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

¿Por que necesita cuidado de niños?: ☐ Empleo/Voluntario ☐ Escuela/Entrenamiento ☐ Busca empleo

Nombre de compañía si trabaja _____ y Código Postal _____

Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Propósito estadístico: ☐ Familia de dos padres ☐ Padre soltero ☐ Padre adolescente

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Tipo de cuidado: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Por la tarde ☐ De noche ☐ Fin de semana
☐ Rotación de turno ☐ Antes/Después de escuela ☐ Temporario/Emergencia

Horario que necesita cuidado: Comenzar _____ Terminar _____ **Días:** L M M J V S D

Preferencia de tipo de instalación: ☐ Guardería Hogareña ☐ Centro de guardería ☐ De los dos tipos

Cuidado preferido: ☐ Cerca de casa ☐ Cerca de escuela primaria _____

☐ Cerca del trabajo/u otro _____
(Indique el domicilio)

Niño 1	Niño 2	Niño3
Nombre _____	_____	_____
Fecha de nacimiento _____ ☐ Masculino ☐ Femenino	_____	_____
Cuidado de Necesidades Especiales _____	_____	_____

Niño 4	Niño 5	Niño 6
Nombre _____	_____	_____
Fecha de nacimiento _____ ☐ Masculino ☐ Femenino	_____	_____
Cuidado de Necesidades Especiales _____	_____	_____

Envíe este formulario por fax al 619-521-3050 o escaneé y mande E-mail a myreferral@ymca.org.

Lame a la **Línea de Referencias** al **800-481-2151** para hablar con un Consultor de Cuidado Infantil o visite www.ymca.org/crs para buscar cuidado infantil en la red.

For Office Use Only

Date Received _____ Nware File Number _____

Consultant _____ Date Referrals Provided _____