

APLICACIÓN PARA SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑOS

NUEVO RECERTIFICACIÓN

ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS

OFFICE USE ONLY	Case #:	Application Date: ____/____/____
-----------------	---------	----------------------------------

Sección 1 APLICANTE	APELLIDO (Por favor incluya cualquier alias o nombre de soltera en los paréntesis) :			NOMBRE:			I. M.			
	DIRECCIÓN Residencial:				APTO. #:	CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		
	DIRECCIÓN Postal (si es diferente que la de arriba):				APTO. #:	CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		
	TELÉFONO (trabajo): () _____			TELÉFONO (Hogar): () _____			TELÉFONO (Celular u otro): () _____			
	¿Recibe usted AP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AP #: _____			¿Recibe usted Medicaid? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AM #: _____			¿Cuál es su idioma primario?			

Por favor llene la información debajo para el hogar completo. Lístese usted primero seguido por todos los que viven con usted.

Sección 2 MIEMBROS DE LA FAMILIA	#	APELLIDO <small>(INCLUYA CUALQUIER ALIAS O NOMBRE DE SOLTERA ENTRE PARÉNTESIS)</small>	NOMBRE	I.M.	PARENTESCO	¿ESTA PERSONA NECESITA CUIDADO DE NIÑOS? SI/NO	¿AMBOS PADRES DEL NIÑO RESIDEN EN EL HOGAR? SI/NO	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M/F	¿HISPANO O LATINO? SI/NO	RAZA <small>(VEA LEYENDA DEBAJO)</small>	NUMERO DE SEGURO SOCIAL <small>(OPCIONAL)</small>	
	1.					YO							
	2.												
	3.												
	4.												
	5.												
	6.												

RAZA: 1. Indígena americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afroamericano/negro 4. Nativo de Hawaii/Islands de Pacífico 5. Caucásico/blanco

Para miembros adicionales de la familia, adjunte una hoja separada. Incluya información sobre cualquier cónyuge/otro padre del niño que está aplicando para el cuidado, que viva en el hogar.

Sección 3 EMPLEO	EMPLEADOR DEL APLICANTE Nombre:			Horas a la semana:			Tel: () _____		
	DIRECCIÓN:			CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:			
	Días y horas de empleo programadas del APLICANTE (ej.: lunes – viernes, 9 a.m. – 5 p.m.):						¿El trabajo tiene turno rotativo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
							¿El trabajo requiere horas extras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	EMPLEADOR DE CÓNYUGE/OTRO PADRE Nombre:			Horas a la semana:			Tel #: () _____		
	DIRECCIÓN:			CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:			
Días y horas de empleo programadas del CÓNYUGE/OTRO PADRE (ej.: lunes – viernes, 9 a.m. – 5 p.m.):						¿El trabajo tiene turno rotativo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
						¿El trabajo requiere horas extras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Sección 4 NECESIDADES FAMILIARES DEL NIÑO	¿Está solicitando cuidado de niños primordialmente para poder trabajar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿El niño para el cual solicita el cuidado vive con alguien que no sean sus padres? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Si no, lea la sección de instrucciones titulada "Necesidades de Familia/Niños" y escriba sus motivos para el cuidado aquí: _____			¿Su hijo tiene alguna condición que requiera ayuda o atención especial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
				¿Su hijo tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

OFFICE USE ONLY
Family Size: _____

Complete la información sobre los ingresos para usted Y cualquier persona que aplique con usted. Ve a las instrucciones para los requerimientos de documentación.

(Esto incluye los niños necesitados de cuidado, sus padres, padrastros y cualquier otro niño menor de 18 años en el hogar.)

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

SECCIÓN 5 OTROS INGRESOS/GANANCIAS	ARTICULO	INGRESOS BRUTOS	TIPO DE DOCUMENTACIÓN	OFFICE USE MONTHLY CALCULATIONS
	APLICANTE: Ganancias del trabajo antes de las deducciones. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro		\$	
CÓNYUGE/OTRO PADRE: Ganancias del trabajo antes de las deducciones. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
Para todos los demás ingresos/beneficios desglose debajo. Incluya la cantidad para usted Y su cónyuge Y los niños que viven con usted.		INGRESOS	FOR OFFICE USE ONLY DOCUMENTATION CALCULATIONS	
Manutención y/o pensión alimenticia. (Recibida) <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
Desempleo y/o compensación obrera <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
Ingresos netos de empleo propio y/o ingresos de renta. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
BENEFICIOS: Seguro Social, SSI, Incapacidad, Jubilación y/o Pensiones & Anualidades. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
OTROS INGRESOS/BENEFICIOS (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o asistencia monetaria a través del Programa de Asistencia a Familias Necesitadas (TANF) o Asistencia Pública (AP) <input type="checkbox"/> Comprobante de vivienda o asistencia en efectivo. <input type="checkbox"/> Estampillas alimenticias. <input type="checkbox"/> Otros programas federales de ingresos en efectivo (como SSI).				
INGRESOS TOTALES:		\$		

SECCIÓN 6
PROVEEDOR

Si ya su hijo está en cuidado, o usted conoce el nombre de un programa/proveedor adonde usted planea inscribir a su hijo, por favor liste el nombre y dirección del proveedor debajo. Puede listar una segunda opción.

Nombre: _____ PROGRAMA # _____ Nombre: _____ PROGRAMA # _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Marque los tipos de cuidado que usted consideraría si no hay espacio disponible con los proveedores que usted listó arriba o si no ha pensado en ningún proveedor: Cuidado Basado en Centro Head Start Cuidado Informal Cuidado Familiar Diurno

SECC. 7
CIUDADANIA

¿El niño para cual usted solicita es ciudadano? SI NO

Si sí, el Padre/Tutor debe firmar y fechar para certificar que los niños que reciben las asistencia/subsidio de son ciudadanos norteamericanos. _____ / ____ / ____

PADRE/TUTOR/CÓNYUGE FECHA

Si No, su elegibilidad debe ser determinada en el Área de Recursos (A.R.), por favor haga una cita en su A.R. y traiga la documentación listada en las instrucciones para este formulario.

SECCIÓN 8
CERTIFICACIÓN

1. Entiendo que la información obtenida en este formulario será usada para determinar mi elegibilidad o la elegibilidad de mi familia para servicios/subsidio y que la información solo será usada para determinar la elegibilidad para cuidado de niños.

2. Los números de seguro social (si son dados) no serán revelados puesto que son confidenciales según ley federal y solo pueden ser revelados para los propósitos especificados en la ley federal.

3. Estoy de acuerdo en informar a la agencia inmediatamente sobre cualquier cambio en mis ingresos, condiciones de vida, composición familiar o dirección, donde se brinda el cuidado, quién lo está brindando, los cargos del proveedor, horas en que se necesita el cuidado y que la Ley provee que se investigue a cualquier aplicante por multa o cárcel o ambos, para una persona culpable de obtener asistencia/subsidio de cuidado de niños al ocultar información o brindar falsa información.

4. Entiendo que esta aplicación se usa solo para el propósito expresado de subsidio de cuidado de niños. Para obtener otro tipo de asistencia tal como Estampillas de Alimentos, Medicaid, Asistencia Temporal u otros servicios, serán necesarias aplicaciones adicionales.

5. Certifico bajo pena de ley que toda la información que he brindado en este formulario es verdadera y correcta.

Provea la firma del padre/madre/cuidador que está aplicando para asistencia de cuidado de niños o la firma de un representante autorizado.

X _____ / ____ / ____ X _____ / ____ / ____

FIRMA PADRE/MADRE/CUIDADOR/ESPOSO(A) FECHA FIRMA REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

SECCIÓN 9
OFFICE ONLY

Enrollment Application Completed by: _____ / ____ / ____

PRINT AND INITIAL DATE

ACS – Eligibility Approved by: _____ / ____ / ____

PRINT AND INITIAL DATE

Parent Fee: _____ / ____ / ____

INITIAL DATE

Length of Eligibility: from: _____ / ____ / ____ to: _____ / ____ / ____

I.S. – Verified by: _____ / ____ / ____

PRINT AND INITIAL DATE

CODES: ♦RFC: ____ ♦PR: ____ ♦FS: ____