

Agency Mailing Street Address
Agency Mailing City State Zip
Agency Telephone Number Agency 1-800 Number Agency FAX Number

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

Instrucciones:

Por favor lea la aplicación con cuidado. Complete todas las secciones de la aplicación. Contesta cada pregunta completamente y de lo mejor de su habilidad. Liste toda persona en su hogar. Por favor escriba claro.

La aplicación para cuidado de niño pide que usted dé el número de Seguro Social para todos en el hogar. Números de Seguro Social nos ayudara a procesar su aplicación más rápido. Solamente usaremos su numero de Seguro Social para el programa de subvención de cuidado de niños para ayudarnos a verificar su ingreso, hacer cambios en su caso y ayudarnos a reunir la información investigada. Si usted no desea darnos él numero de Seguro Social de algún miembro de su hogar, su aplicación para cuidado de niño no será negada y servicios no serán retenidos porque usted no tiene que darnos su numero de Seguro Social.

Si usted escoge no darnos él número de Seguro Social de algunos de los miembros de su hogar usted debe contestar las preguntas del ingreso de él o ella y contestar las otras preguntas en esta forma.

<CMA Name> APLICACIÓN PARA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

WAITING LIST

INITIAL APPLICATION

RE-CERTIFICATION

INFORMACIÓN DEL PADRE / MADRE:

Nombre del aplicante _____ #SS (opcional) _____ Fecha de nacimiento _____ Raza _____ Sexo _____

Estado de casamiento _____ Nombre de Esposo(a) _____ #SS del Esposo(a) (opcional) _____ Fecha de nacimiento _____ Raza _____ Sexo _____

Dirección Residencial _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correspondencia _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ ¿Esta recibiendo beneficios de Asistencia para Familias? Sí ___ No ___ Fecha del ultimo cheque recibido _____

¿Esta en la escuela/entrenamiento? Si ___ No ___ ¿Nombre de la escuela? _____ Circule la clasificación corriente: 1er ANO 2do ANO 3er ANO ULTIMO ANO

Meta Vocacional _____ Ultimo ano completo _____ Duración _____ Meses. Lenguaje del Aplicante _____

Nombre de Patrón del Apicante _____ Nombre del Otro Patrón _____
 Circule Uno: Esposo(a) 2do Trabajo Otro Miembro de la Casa

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Liste a **TODOS** en el hogar incluyendo él/ la aplicante y todos los niños.

	NOMBRE	#SS (Opcional)	FECHA DE NACIMIENTO	Sexo	RELACIÓN AL APLICANTE/ PADRE	PAGO POR HORA	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	INGRESO NO GANADO (Origen, cantidad gruesa, y que a menudo) SSI, Seguro Social, Compensa por desempleo, Asistencia a Familiar, Pensión de niños, etc.
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

	NOMBRES DE NIÑOS QUIÉN(ES) NECESITAN CUIDADO DE NIÑOS	DÍAS CUIDADO ES NECESARIO L M M J V S D	¿Dónde esta el niño en cuidado ahora? (Si es pariente, que relación) Centro, Centro relacionado con la Iglesia, Casa de cuidado de niños de familias, Cuidado de Pariente.	¿DÓNDE RECIBIRÁ ÉL/ LA NIÑO (A) CUIDADO SI LA APLICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑO ES APROBADA?	NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE ASISTE ÉL NIÑO (A)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Certifico que la información dada es verdad y completa de lo mejor de mi conocimiento.

Ingreso Total: _____ Número Total en la familia: _____

Firma del Apicante: _____ Fecha: _____

Firma de la trabajadora de CMA: _____ Fecha: _____