

# SOLICITUD DE ASISTENCIA CON EL CUIDADO INFANTIL

## Instrucciones:

Lea atentamente la solicitud. Rellene todas las secciones de la solicitud. Responda cada pregunta en su totalidad y en la medida de su conocimiento. Enumere a todas las personas de su grupo familiar. Escriba de forma clara.

La solicitud de cuidado infantil le pide que nos dé el número de seguro social de todo su grupo familiar. Los números de seguro social nos ayudarán a procesar su caso con mayor rapidez. Solo usaremos este número en la administración del Programa de Subsidios de Cuidado Infantil para verificar sus ingresos, hacer cambios en su caso y reunir datos de investigaciones. Dicho número también podría usarse en revisiones de programas. Si no quiere darnos el número de seguro social de un miembro de su grupo familiar, su solicitud de cuidado infantil no se denegará y no se retendrán los servicios por el hecho de que no nos lo dé.

Si elige no darnos el número de seguro social de algunos miembros de su grupo familiar, aun así debe responder preguntas sobre los ingresos de estas personas y responder las otras preguntas de este formulario. Esta solicitud debe incluir lo siguiente:

- Copia de la ID emitida por el Estado.
- Actas de nacimiento de todos los menores de 18 años de su grupo familiar.
- Constancia de residencia (alquiler, facturas de servicios, extracto de cuenta, etc.).
- Verificación de empleo (talones de cheques o recibos de pago de 4 semanas, formulario 1099, etc.).
- Verificación de rentas no salariales (si corresponde; carta de adjudicación de la SSI o la SSA, talones de cheques, etc.).
- Horario escolar actual (si corresponde).

# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL

△ LISTA DE ESPERA

△ APLICACIÓN INICIAL

△ RECERTIFICACIÓN

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES:

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ N.º de SS (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_  
 Casado \_\_\_ Separado \_\_\_ Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ N.º de SS del cónyuge (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Dirección residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Fijo/celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ ¿Actualmente recibe beneficios de asistencia familiar (FA)? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Fecha del último cheque de FA recibido \_\_\_\_\_  
 Idioma del solicitante ¿Actualmente estudia o se capacita? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Estudiante de preparatoria? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
 Clasificación actual del ciclo: Noveno grado Décimo grado Undécimo grado Duodécimo grado Máximo grado terminado: GED \_\_\_ Preparatoria \_\_\_ Escuela vocacional/taller \_\_\_  
 Escuela de iniciación \_\_\_ Universidad \_\_\_  
 Nombre del empleador del solicitante \_\_\_\_\_ Nombre de otro empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Encierre una opción en un círculo: 2.º trabajo Otro miembro del grupo familiar

## INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Enumere a **TODAS** las personas que viven en el hogar, incluidos el solicitante, el cónyuge y todos los menores.

#	NOMBRE	N.º de SS (Opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE /PADRE O MADRE	SALARIO (PAGA) POR HORA	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	RENTAS NO SALARIALES (Origen, monto bruto y frecuencia) SSI, seguro social, indemnización por desempleo, asistencia familiar, manutención infantil, etc.
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

¿Usted o algún miembro del grupo familiar tiene activos de un valor superior a un millón de dólares? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es sí, enumere dichos activos y su valor: \_\_\_\_\_

#	NOMBRE DE LOS MENORES QUE NECESITAN CUIDADO INFANTIL	DÍAS EN LOS QUE SE NECESITAN EL CUIDADO							Dónde recibirá cuidado el menor si se aprueba la solicitud	NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ASISTE EL MENOR (si corresponde)
		L	M	M	J	V	S	D		
1.										
2.										
3.										
4.										

Certifico que la información dada es correcta y completa en la medida de mi conocimiento.

Ingresos totales: \_\_\_\_\_ Número total de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del empleado de la CMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_