

Solicitud para el Subsidio de Cuidado de Niños (CCS)

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ¿Recibe usted actualmente subsidio por cuidado de niños a través del Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Boulder County (CCAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Si contestó sí, ¿por cuántos años ha recibido CCAP?: Favor de indicar las fechas de comienzo y de término del actual certificado de cuidado de niños: COMIENZO FIN | | | |
| Información de padres o guardián: Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre: | | | |
| Género: | | Fecha de nacimiento: | Dirección de correo electrónico: |
| Dirección del hogar: | | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| Teléfono del hogar: | | Teléfono del trabajo: | Teléfono de mensajes: |
| ¿Habla usted inglés? Si la respuesta es no, ¿Qué idioma habla usted? | | | |
| Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Esquimal <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| ¿Estructura de su familia? <input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltero <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Dos Adultos <input type="checkbox"/> Guardián (familia) <input type="checkbox"/> Guardián (no familia) | | | |
| ¿Hay otro adulto (esposo(a), padre o madre) en el hogar? <input type="checkbox"/> Si (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No | | | |
| Apellido, Nombre, Inicial 2do. nombre: | Parentesco con Ud: | Género | Fecha de nacimiento: |
| Relación del otro adulto al niño <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián (familia) <input type="checkbox"/> Guardián (no familia) Madrasta/Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| ¿Habla inglés el otro adulto? Si la respuesta es no, ¿Qué otro idioma habla el otro adulto? | | | |
| Grupo étnico del otro adulto: <input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Esquimal <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| ¿Está usted buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Está el otro adulto buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Si (complete sección de abajo) No Nombre del empleador y número de teléfono: | | ¿Está empleado el otro adulto? <input type="checkbox"/> Si (complete sección de abajo) No Nombre del empleador y número de teléfono: | |
| Horas por semana: Forma de pago: <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente Ingresos por periodo de pago: Total mensual: | | Horas por semana: Forma de pago: <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente Ingresos por periodo de pago: Total mensual: | |

| Número total de personas en su hogar _____ | | | | Número total de personas en su hogar _____ | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| ¿Tiene usted Diploma de Preparatoria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | ¿Tiene el otro adulto Diploma de Preparatoria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Está usted en la escuela o en entrenamiento? <input type="checkbox"/> Si (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Educación básica de adultos _____ Escuela media o preparatoria _____ Pos Secundaria _____ Inglés como 2do. idioma _____ GED _____ Nombre de la escuela o del lugar de entrenamiento: _____ Título o certificado: _____ Fecha inicial: _____ Fecha término: _____ Horas por semana: _____ | | | | ¿Está el otro adulto en la escuela o en entrenamiento? <input type="checkbox"/> Si (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Educación básica de adultos _____ Escuela media o preparatoria _____ Pos Secundaria _____ Inglés como 2do. idioma _____ GED _____ Nombre de la escuela o del lugar de entrenamiento: _____ Título o certificado: _____ Fecha inicial: _____ Fecha término: _____ Horas. por semana: _____ | | | |
| ¿Tiene usted (o el otro adulto) pagos de manutención por algún niño(s) que no vive(n) con usted? <input type="checkbox"/> Si (_____ cantidad del pago por mes) <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| ¿Recibe usted (o el otro adulto) pago de manutención por algún niño? <input type="checkbox"/> Si (_____ cantidad del pago por mes) <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| Complete lo siguiente por cada niño: | | | | | | | |
| Nombre, Apellido, Inicial 2do. nombre: | Parentesco con usted: | Sexo | Grupo étnico: | Fecha de nacimiento: | Necesidades especiales: | Necesidades de cuidado | ¿Ciudadano de EU? |
| | | | | | Si No | Si No | Si No |
| | | | | | Si No | Si No | Si No |
| | | | | | Si No | Si No | Si No |
| | | | | | Si No | Si No | Si No |
| | | | | | Si No | Si No | Si No |
| ¿Recibe algún miembro del hogar algún ingreso no relacionado con trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Ejemplos incluyen: manutención de niños, dividendos, intereses, pensión, seguro social, desempleo, becas educacionales, compensación de trabajo) Tipo de ingreso: _____ Monto mensual recibido: _____ | | | | | | | |
| ¿Ha recibido usted alguna vez ayuda a familias con hijos dependientes (AFDC sigla en inglés), o asistencia temporal a familias con necesidades (TANF sigla en inglés)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Última fecha de elegibilidad de AFDC/TANF: _____ | | | | | | | |

Favor de completar las columnas de abajo con los nombres de los niños por quienes está solicitando usted pago a este proveedor y el horario incluso las horas de cada día que se necesita el cuidado de niños.

| Nombre del niño y edad | Fecha de comienzo del cuidado | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|------------------------|-------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nombre y dirección del proveedor: _____

Favor de completar las columnas de abajo con los nombres de los niños por quienes está solicitando usted pago a este proveedor y el horario incluso las horas de cada día que se necesita el cuidado de niños.

| Nombre del niño y edad | Fecha de comienzo del cuidado | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|------------------------|-------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nombre y dirección del proveedor: _____

Favor de proveer el nombre y dirección de un amigo o pariente quien pueda ser contactado en el evento de que el Programa de Certificado de Cuidado de Niños no pueda ubicarlo a usted en la dirección y números de teléfonos proveídos en su solicitud:

Nombre de pariente o amigo: _____ Teléfono _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____

Yo certifico con mi firma abajo que la información de arriba es correcta y completa.

Autorización para compartir información

Yo autorizo a Servicios para Jóvenes y Familias de la Ciudad de Boulder que comparta información obtenida directamente de mí o de cualquier otra persona, agencia o institución la cual ha compartido información a Jóvenes y Familias de la Ciudad de Boulder, con mi consentimiento, para la administración del Programa de CCS a los siguientes: Cualquier proveedor de cuidado de niños que yo pueda elegir para usar, cualquier empleador para quien yo trabaje, cualquier escuela o institución de entrenamiento a la que yo pueda estar asistiendo y al Departamento de Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder (BCDHHS) como administrador del Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Colorado (CCAP por sus siglas en inglés) en el Condado de Boulder.

Autorización para ceder información

Yo autorizo a las siguientes personas, agencias o instituciones a compartir información con Servicios para Jóvenes y Familias de la Ciudad de Boulder, con relación a mi solicitud para o para recibir el subsidio para cuidado de niños a través del Programa CCS: Cualquier proveedor de cuidado de niños que yo pueda elegir para usar, cualquier empleador para quien yo trabaje, cualquier escuela o institución de entrenamiento a la que yo pueda estar asistiendo y al Departamento de Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder (BCDHHS) como administrador del Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Colorado (CCAP por sus siglas en inglés) en el Condado de Boulder. Yo también permito la inspección y reproducción de archivos con relación a mi persona por cualquier representante autorizado de Servicios para Jóvenes y Familias de la Ciudad de Boulder. Yo eximo a la persona, agencia o institución de cualquier y toda responsabilidad de proveer tal información.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____