

Pre- Aplicacion del fondo de desarrollo del cuidado de niños (CCDF) (v2-16)

Fecha de hoy _____ Telefono: Codigo (_____) Numero _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Direccion _____ Ciudad _____ Condado de _____ Codigo _____

Esta usted (marque uno) Trabajando o Atendiendo a la escuela? Si esta trabajando, le pagan semanal quincenal Otro _____

Es un conyuge, Padre del nino(a) vive contigo? Si marcas que si? Si No Ellos estan Trabajando o Atendiendo a la escuela o Otro _____

Si conyuge/ padre esta trabajado, se pagan semanal quincenal Otro _____

POR FAVOR NOTA: USTED TIENE QUE INCLUIR UNA COPIA DE EL TALON DE CHEQUE MAS RECIENTE PARA USTED Y SU ESPOSO(A), SI FUERA APLICABLE. SI USTED ES SU PROPIO EMPLEADO TIENE QUE INCLUIR EL TAX SCHEDULE C (INTRE LOS ULTIMOS 6 MESES) O LA DECLARACION DE GANANCIAS Y PERDIDAS.

Complete la tabla abajo a todos los miembros de su familia comenzando con usted.

Lista de todos los miembros de la familia Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Necesita el nino(a) guarderia?	Tiene su nino(a) necesidades especiales? (vea nota)?	Relacion con el aplicante	Licencia de padres de crianza
		N/A	N/A	Uno mismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		N/A
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		N/A
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		N/A

Otra Fuente de Ingresos

Ayuda del nino \$ _____ mes

Seguridad Social \$ _____ mes

TANF* \$ _____ mes.
(*Serequiere documentacion de TANF)

Desempleo \$ _____ mes.

Otro \$ _____ mes.

Tengo en cuenta las necesidades: El nino(a) debe estar inscrito en uno de los siguientes: Ninos con servicios de atencion medica, Primeros pasos, Educacion de escuelas Publicas (IEP), o Head Start (Diagnosticados profesionalmente con discapacidad). O recibir el Seguro Social Suplementario (Los documentos deben ser presentados junto con la aplicacion.)

Preguntas adicionales

1. Estan usted y su familia actualmente viviendo en un refugio de violencia domestica o personas sin hogar?
Si or No
2. Estan usted y su familia actualmente viviendo en un automovil, parquet u otoro lugar public?
Si or No
3. Tienen sus bienes familiars (dinero en efectivo, retiro, bienes inmuebles e inversions) sumen mas de un millon?
Si or No

Por la presente Cerify toda la informacion proporcionada es verdadera a lo mejor de mi Concimiento. Entiendo que la presentacion de esta solicitud no garantiza los servicios seran proporcionados. Ademas, entiendo que se le pedira que verifique la informacion suministrada en esta solicitud de Aplicacion y si completa una solicitud de servicios.

Firma, _____
Fecha _____

Su pre-aplicacion debe ser renovada cada 90 dias. Esta proceso es iniciado por la Agencia de admission por correo. Por Favor notifique a la agencia de cualquier cambio en su Aplicacion, incluyendo la direccion.

Compruebe todas las categorias que describan lo mas mejor posible quien cuida actualmente a su nino(a).

Centro Licenciado del cuidado del nino
 Hogar Licenciado del cuidado del nino
 No Licenciado el Ministerio Registrado del cuidado del nino
 Amigo/ Pariente / Vecino
 Head Start
 Pre-Escuela
 Antes/Despues del Progama de la Escuela
 Ninos/Ninas Club
 Cuidadora (En propia casa)
 Nadie en este momento
 Otro _____
