



Aplicación para la Lista de Espera para Asistencia Financiera para el cuidado de niño(s)

Información de familia: Por favor escriba todos los miembros de su familia, aunque no este aplicando por ellos.

Marque una **X** en la caja si usted desea poner sus niño(a)s en la lista de espera:

Nombre Legal	Genéro	Raza	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social (optional)	Parentesco con usted
Padre #1					Si mismo
Padre #2					
Niño(s):					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Genero: M, F Raza/Grupo Étnico: Negro, Blanco, Hispano, Asiatico, O=Otro

Dirección de residencia:	Ciudad y Codigo Postal:
Dirección Postal:	Ciudad y Codigo Postal:
Teléfono de la casa:	Otro Teléfono:
El idioma que se habla en su casa:	Correo Electrónico:

¿Vive usted en ... ?: Una Casa Un apartamento Un refugio con familia o amistades

¿Es usted un emigrante? Si No

Padre/Guardián Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo/a

¿Atiende a la escuela? Si No Cuantas horas por la semana: _____ Nombre de la escuela: _____

Información de Empleo:

Padre #1

Lugar de empleo: _____ Teléfono #: _____

Sueldo por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____

Padre #2

Lugar de empleo: _____ Teléfono #: _____

Sueldo por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____

Otro ingresos mensuales incluyendo ingresos de niño(s):

Mantenimiento del Niño(a)	Para quien?	Frecuencia?	TANF (DCF asistencia de dinero)	Para quien?	Frecuencia?
\$			\$		
SSI or SSDI	Para quien?	Frecuencia?	Seguro Social de sobreviviente	Para quien?	Frecuencia?
\$			\$		
Desempleo	Para quien?	Frecuencia?	Especifique otro tipo de entrada	Para quien?	Frecuencia?
\$			\$		

Yo certifico que la información arriba es cierta y correcta y que todo el ingreso esta reportado. Yo doy permiso para que verifiquen la información para el colocamiento posible en la lista de espera para asistencia financiera para el cuidado del niño(a). Yo llamaré cada dos meses para reverificar la información para poder mantener elegibilidad en la lista de espera.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

* Solamente los niños escritos en esta aplicación pueden ser colocados en la lista de espera. Para niños adicionales, usted tendra que llenar una aplicación nueva.