

Solicitud para el Subsidio de Cuidado de Niños (CCS) de la Ciudad de Boulder

¿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				
Información de padres o guardián: Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre:				
Género: Fecha de nacimiento:				
Dirección del hogar: Ciudad: Estado: Código Postal:				
Número de celular: Dirección de correo electrónico:				
¿Habla usted inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Qué idioma habla usted?				
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco no Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Raza mixta/Dos o más razas <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"/> Guardian (familia) <input type="checkbox"/> Guardian (no familia)				
¿Hay otro adulto (esposo(a), padre o madre) en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No				
Apellido, Nombre, Inicial 2do. nombre:	Parentesco con Ud:	Género:	Fecha de nacimiento:	Número de celular:
Relación del otro adulto al niño <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardian (familia) <input type="checkbox"/> Guardian (no familia) <input type="checkbox"/> Madrastra/Padraastro (familia)				
¿Habla inglés el otro adulto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Qué otro idioma habla el otro adulto?				
Grupo étnico del otro adulto: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco no Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Raza mixta/Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro: _____				
¿Está usted buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está el otro adulto buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Sí (rellene sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Nombre del empleador:		¿Está empleado el otro adulto? <input type="checkbox"/> Sí (rellene sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Nombre del empleador:		
Horas por semana:		Horas por semana:		
Frecuencia 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		Frecuencia 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:		Ingresos por periodo de pago: Total mensual:		

Número total de personas en su hogar _____	Número total de personas en su hogar _____
¿Está usted en la escuela o en entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Educación básica de adultos _____ Escuela media o preparatoria _____ Pos Secundaria _____ Inglés como 2do. idioma _____ GED _____	¿Está el otro adulto en la escuela o en entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí (complete sección de abajo) <input type="checkbox"/> No Educación básica de adultos _____ Escuela media o preparatoria _____ Pos Secundaria _____ Inglés como 2do. idioma _____ GED _____

¿Tiene usted (o el otro adulto) pagos de manutención por algún niño(s) que no vive(n) con usted?
 Sí (_____ cantidad del pago por mes) No

¿Recibe usted (o el otro adulto) pago de manutención por algún niño? Sí (_____ cantidad del pago por mes) No

Complete lo siguiente por cada niño:

Nombre, Apellido, Inicial 2do. nombre:	Parentesco con usted:	Género:	Grupo étnico:	Fecha de nacimiento:

¿Recibe algún miembro del hogar algún ingreso no relacionado con trabajo? Sí 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)? Sí 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 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 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: _____

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: _____