

## Solicitud de Asistencia de Cuidado Infantil

### Solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Correo electrónico  Teléfono La idioma principal que se habla en su casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado\*  Viudo \* ¿El padre que no tiene la custodia de los hijos goza de un régimen de visitas con la orden de un tribunal? Si la respuesta es afirmativa, incluya una copia de todos los documentos del tribunal

### Cónyuge u Otro Padre/Adulto (complete SÓLO si comparte la misma vivienda)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado\*  Viudo \* ¿El padre que no tiene la custodia de los hijos goza de un régimen de visitas con la orden de un tribunal? Si la respuesta es afirmativa, incluya una copia de todos los documentos del tribunal.

**Para cada adulto del hogar, complete una sección por cada uno de sus empleadores y/o actividades educativas/capacitación en las que esté inscrito.**

**INFORMACIÓN del EMPLEADOR/EDUCACIÓN** (especifique el nombre del adulto): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/entidad educativa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si está empleado, consigne las denominaciones de su cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación/ Horas trabajadas por semana/

Fecha de inicio del semestre: \_\_\_\_\_ Horas en las que está inscrito actualmente: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente  Otro

**Horario laboral/de clase:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/EDUCACIÓN** (especifique el nombre del adulto): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/entidad educativa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si está empleado, consigne las denominaciones de su cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación/ Horas trabajadas por semana/

Fecha de inicio del semestre: \_\_\_\_\_ Horas en las que está inscrito actualmente: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente  Otro

**Horario laboral/de clase:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/EDUCACIÓN** (especifique el nombre del adulto): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/entidad educativa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si está empleado, consigne las denominaciones de su cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación/ Horas trabajadas por semana/

Fecha de inicio del semestre: \_\_\_\_\_ Horas en las que está inscrito actualmente: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente  Otro

**Horario laboral/de clase:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/EDUCACIÓN** (especifique el nombre del adulto): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/entidad educativa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si está empleado, consigne las denominaciones de su cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación/ Horas trabajadas por semana/

Fecha de inicio del semestre: \_\_\_\_\_ Horas en las que está inscrito actualmente: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente  Otro

**Horario laboral/de clase:**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

\*\*Si tiene más empleadores/entidades educativas, agréguelos en una hoja adicional\*\*

Workforce Solutions del Centro-Norte de Texas es un programa de empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Ayudas y servicios auxiliares están disponibles a solicitud a personas con discapacidades. Personas con discapacidad auditiva, favor de llamar al TDO 1-800-735-2988. Para más información visite [www.dfwjobs.com](http://www.dfwjobs.com).

## Incluya a todos los hijos que viven en el hogar

**Marque este casillero si el menor mencionado a continuación necesita cuidado infantil**

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Relación con el menor:  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ \*Consulte la Matriz de personas que sustituyen a los padres\*

Nombre de la madre biológica/adoptiva: \_\_\_\_\_ Nombre del padre biológico/adoptivo: \_\_\_\_\_

¿El menor asiste a la escuela?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Marque este casillero si el menor mencionado a continuación necesita cuidado infantil**

2. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Relación con el menor:  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ \*Consulte la Matriz de personas que sustituyen a los padres\*

Nombre de la madre biológica/adoptiva: \_\_\_\_\_ Nombre del padre biológico/adoptivo: \_\_\_\_\_

¿El menor asiste a la escuela?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Marque este casillero si el menor mencionado a continuación necesita cuidado infantil**

3. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Relación con el menor:  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ \*Consulte la Matriz de personas que sustituyen a los padres\*

Nombre de la madre biológica/adoptiva: \_\_\_\_\_ Nombre del padre biológico/adoptivo: \_\_\_\_\_

¿El menor asiste a la escuela?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Marque este casillero si el menor mencionado a continuación necesita cuidado infantil**

4. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ N.º SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Etnia: ¿Hispano o latino?  Sí  No

Raza:  Caucásica  Afroamericana  Amerindia o indígena de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana o de las islas del Pacífico

Relación con el menor:  Padre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ \*Consulte la Matriz de personas que sustituyen a los padres\*

Nombre de la madre biológica/adoptiva: \_\_\_\_\_ Nombre del padre biológico/adoptivo: \_\_\_\_\_

¿El menor asiste a la escuela?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

\*\*Si tiene más hijos, agréguelos en una hoja adicional\*

Workforce Solutions del Centro-Norte de Texas es un programa de empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Ayudas y servicios auxiliares están disponibles a solicitud a personas con discapacidades. Personas con discapacidad auditiva, favor de llamar al TDO 1-800-735-2988. Para más información visite [www.dfwjobs.com](http://www.dfwjobs.com).

A proud partner of the  American Job Center\* network

## Información adicional de la familia

Los menores mencionados:

A) ¿Son hijos de un veterano calificado o del cónyuge de un veterano?  Sí  No

Nombre del veterano:

\_\_\_\_\_

B) ¿Son hijos de un padre sustituto menor de 23 años?  Sí  No

C) ¿Son menores sin hogar?  Sí  No

D) ¿Son hijos de padres que están en una misión militar?  Sí  No

E) ¿Son hijos de padres adolescentes?  Sí  No

---

F) ¿Son menor(es) con una discapacidad certificada?  Sí  No\*\*

Indique el nombre del menor con la discapacidad certificada: \_\_\_\_\_

*\*\*Definición: un menor con algún tipo de impedimento físico o mental que limita, sustancialmente, una o más actividades principales de la vida, que tiene un registro de ese impedimento o que es considerado como alguien que lo padece.\*\**

Si la respuesta es "Sí", ¿el menor necesita asistencia individual de un adulto, dentro de su entorno de cuidado infantil, para participar completamente en las actividades diarias? *Nota: Esto no incluye servicios de terapia*

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿esta interesada(o) en participar en el Programa de Niños con Discapacidades? Si  No

¿El niño tiene gastos médicos regulares? Sí  No

Si la respuesta es "Sí", entregue copias de los gastos.

**Ingresos del hogar (incluya TODAS las fuentes de ingreso. Proporcione documentación actual de TODAS ellas [recibos de sueldo, estados bancarios, etc.]**

FUENTE DE INGRESO BRUTO MENSUAL

	MONTO		MONTO
Empleo	\$ _____	Ingresos provenientes de renta de propiedad o compañeros de habitación	\$ _____
Ingresos de trabajo independiente	\$ _____	Pensión alimenticia	\$ _____
Ganancias de capital gravables, dividendos e intereses	\$ _____	Ingresos de patrimonios o fondos fiduciarios	\$ _____
Beneficios del Seguro Social para discapacitados	\$ _____	Indemnización laboral	\$ _____
Beneficios de retiro (a excepción de pagos regulares del Seguro Social)	\$ _____	Pagos de la lotería por \$600 o mayores	\$ _____

**Total del ingreso bruto mensual del hogar:** \$ \_\_\_\_\_

¿Su familia tiene activos en la cantidad de \$1,000,000 o menos ?  Sí  No

Cantidad total en el hogar (incluye todos los dependientes del hogar):

Cantidad de niños que necesitan cuidados:

**Declaración del padre/tutor**

**COMPRENDO QUE:**

1. Tengo derecho a recibir una notificación sobre la elegibilidad de los servicios, dentro de los 20 días corridos posteriores a la recepción de una solicitud completada.
2. Puedo apelar, directamente o mediante mi representante, toda negativa, reducción o finalización de los servicios.
3. Los servicios se suministrarán sin importar el sexo, la raza, el credo, el color, la nacionalidad o la discapacidad de la persona.
4. La información que contiene este formulario es confidencial.
5. Entiendo que si brindo información falsa a sabiendas o no comunico algún hecho significativo que conduzca a pensar que soy elegible para los servicios de cuidado infantil, es posible que deba reembolsarle al programa los servicios recibidos de manera fraudulenta y, probablemente, se presenten cargos penales en mi contra, ante la fiscalía local.
6. Al firmar este formulario, comprendo que: (1) una persona que obtiene o intenta obtener, a través de medios fraudulentos, servicios a los que no tiene derecho puede ser enjuiciada conforme las leyes estatales y federales aplicables; (2) solicito los servicios de *Workforce Solutions for North Central Texas*, y toda la información incluida, en esta solicitud, constituye una declaración completa y exacta de mi trabajo, educación u horas de capacitación, ingresos del hogar y tamaño de la familia, al momento de la presentación.

Autorizo a *Workforce Solutions for North Central Texas* para que contacte a terceros, a fin de verificar los ingresos o el tamaño de la familia, la ciudadanía y la edad de los niños que necesitan asistencia infantil, así como para que use los números del Seguro Social, si están incluidos, para la identificación y la verificación de todos los beneficios públicos e ingresos percibidos.

Toda la información proporcionada constituye una declaración completa y exacta de mis circunstancias familiares, al momento de la presentación.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Workforce Solutions del Centro-Norte de Texas es un programa de empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Ayudas y servicios auxiliares están disponibles a solicitud a personas con discapacidades. Personas con discapacidad auditiva, favor de llamar al TDO 1-800-735-2988. Para más información visite [www.dfwjobs.com](http://www.dfwjobs.com).