



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE NIÑOS

La solicitud DEBE llenarse completamente o retrasara el proceso de elegibilidad.

TWIST #:

Información del Padre o Tutor					
1. Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)			Seguridad social (opcional)		Fecha de nacimiento
Dirección Física		Ciudad	Código postal		Condado
Dirección de Envío <input type="checkbox"/> Igual		Ciudad	Código postal		Sexo: M F
# Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> N/A		# Teléfono móvil <input type="checkbox"/> N/A	# Contacto Secundario c / Nombre y Relación: <input type="checkbox"/> N/A		
¿Es usted un Veterano o Esposo/Esposa de un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> N/A			Grado más alto completado
		Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano			
Hijo o Hija Adoptivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Etnicidad Hispana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estado Civil: () Casado () Soltero () Divorciado () Separado () Viudo				Tamaño de la familia	
Información del Empleador					
<input type="checkbox"/> N/A Empleador # 1			<input type="checkbox"/> N/A Empleador # 2		
Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia			Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia		
Dirección del Trabajo (Dirección completa)			Dirección de Trabajo		
Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo			Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo		
Su Puesto de Trabajo			Su Puesto de Trabajo		
Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)			Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)		
Fecha de Contratación:	Pago Por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	Fecha de Contratación:	Pago Por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual
Información de la escuela / entrenamiento inscrito					
Nombre de la Escuela o Institución de Formación					
Licenciatura:		Semestre de crédito / Horas de crédito:		Fecha de inicio:	
Horario escolar:					
Firma del Solicitante:			Fecha:		

A proud partner of the American Job Center network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE NIÑOS

La solicitud DEBE llenarse completamente o demorará el proceso de elegibilidad.

TWIST #: _____

Segundo Padre en el Hogar

<input type="checkbox"/> N/A Marque N / A Si el Segundo Padre NO es Parte de la Familia			
2. Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)		Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento
# Teléfono Móvil <input type="checkbox"/> N/A	# Contacto Secundario c / Nombre y Relación <input type="checkbox"/> N/A	<i>Emicidad</i> <i>Hispana</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo: M F
¿Es usted un Veterano o Esposo/Esposa de un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		Hijo o Hija Adoptivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información del Empleador

<input type="checkbox"/> N/A Empleador #1		<input type="checkbox"/> N/A Empleador #2	
Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> <i>Trabajadores por cuenta propia</i>		Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> <i>Trabajadores por cuenta propia</i>	
Dirección del Trabajo (Dirección completa)		Dirección del Trabajo (Dirección completa)	
Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo		Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo	
Su Puesto de Trabajo		Su Puesto de Trabajo	
Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)		Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)	
Fecha de Contratación:	Pago por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	Fecha de Contratación:
			Pago por Hora \$ _____
			Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno		Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno	
Frecuencia de Pago		Frecuencia de Pago	
Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____	
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	

Información de la Escuela / Entrenamiento Inscrito

Nombre de la Escuela o Institución de Formación		
Licenciatura:	Semestre de crédito / Horas de crédito:	Fecha de Inicio:
Horario Escolar:		

Firma del Solicitante:	Fecha:
-------------------------------	---------------



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



Ingresos Adicionales

Indique cualquier otra fuente de ingresos o asistencia que reciba su familia y las cantidades. Beneficios de Jubilación, Ganancias de Capital gravables, Dividendos e Intereses, Ingresos por Alquileres, Ingresos de Patrimonio y Fondos Fiduciarios, Indemnización por Accidentes de Trabajo, Beneficios por Fallecimiento y Pagos por Incapacidad (incluidos los pagos del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), Ganancias de la Lotería o Mantenimiento o Pensión Conyugal.

Nota: Deberá proporcionar la documentación de CCS para todos los ingresos y / o beneficios recibidos en esta lista.

Origen de ingreso	Quien recibe los ingresos	Cantidad	Con que frecuencia recibido

Lista de Todos los Niños en el Hogar

Nombres(s)	Relación	Fecha de Nacimiento	Genero	Raza	Etnicidad Hispano	Número de Seguro Social (opcional)	Se requiere cuidado de niños?	Niño con necesidades especiales?	Recibiendo beneficios de SSI?	La escuela primaria
1.		/ /	M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
2.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
3.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
4.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
5.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
6.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	

Información del Proveedor

Nombre de Guardería: _____	Licencia DC #: _____	Número de teléfono: _____
----------------------------	----------------------	---------------------------

Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa o no revelo un hecho material para aparecer como elegible para los servicios de cuidado de niños, es posible que tenga que reembolsar al programa de cuidado de niños los servicios recibidos de manera fraudulenta, y se pueden presentar cargos criminales en mi contra con las autoridades locales y ministerio publico.

Al firmar este formulario, entiendo que: (1) Una persona que obtiene o intenta obtener, por medios fraudulentos, los servicios a los que la persona no tiene derecho pueden ser procesados conforme a las leyes estatales y federales aplicables; (2) Solicito servicios de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande (a.k.a. Workforce Solutions) y toda la información en esta solicitud representa una declaración completa y precisa de mis horas de trabajo, educación o entrenamiento; ingresos del hogar; y el tamaño de la familia en el momento de la presentación; (3) Doy permiso a Workforce Solutions o su contratista de cuidado de niños para que se comuniquen con un tercero para verificar el ingreso o el tamaño de la familia, y usar los números de seguro social para la identificación del Seguro Social y los ingresos; y (4) Entiendo que los números de seguro social (SSN) son voluntarios y no son un requisito para recibir servicios de cuidado de niños.

La Siguiente Pregunta Tiene Que Ser Contestada	¿Los Bienes Totales De Familia Superan 1 Millón?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	---	-----------------------------	-----------------------------

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Uso exclusivo de la oficina: Residencia permanente, fija o adecuada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio del período de elegibilidad _____ Fecha de finalización del período de elegibilidad _____ Tamaño de Familia: _____ 85% SMI: _____ Ingresos Totales de HH: _____ Firma del Representante de CCS: _____ Fecha: _____
--	---



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).