



Pre- Aplicacion del fondo de desarrollo del cuidado del nino (CCDF)

La Fecha Termino _____ Telefono:Codigo (_____) Numero _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo _____

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

Su esposo(a) /Los padres del nino(a) vive contigo? Si marcas que si? Si No Ellos estan trabajando Atendiendo escuela o Otro

POR FAVOR NOTA: USTED TIENE QUE INCLUIR UNA COPIA DE EL TALON DE CHEQUE MAS CORRIENTE 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	Numero de Seguro Social (Opcional)	Necesita el nino(a) guarderia?	Tiene su nino(a) necesidades especiales? (vea nota)	Relacion con el aplicante	Padre adoptivo Licenciado
			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

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.)

Otra fuente de Ingresos
 Ayuda del nino \$ _____ mes
 Seguridad Social \$ _____ mes
 TANF* \$ _____ mes
 (Serequiere documentacion de TANF)
 Desempleo \$ _____ mes
 Otro \$ _____ mes

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, _____ Fechae _____

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 _____