

Smart Start del Condado de Davidson

Solicitud para Beca De Cuidado Infantil



Requisitos de Elegibilidad:

Todos los padres/tutores viviendo con el niño/a deben estar trabajando por lo menos 20 horas a la semana o estar matriculados de tiempo completo

- Para niños desde recién nacidos hasta los 5 años de edad
- Deben vivir, trabajar o asistir al colegio dentro del condado de Davidson
- Deben seleccionar un centro de cuidado infantil de 4 o 5 estrellas

Incluya una copia de los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento
- Comprobante de ingresos (los dos meses mas recientes)
(talones de cheque, forma de verificación de ingresos, manutención al menor, discapacidad, desempleo, etc.)

Si le pagan: Semanal = necesitamos los últimos 8 talones

Quincenal o cada dos semanas = los últimos 4 talones

Mensual = los últimos 2 talones

Por favor complete la siguiente información acerca de su hijo.

Información del niño/a y la familia

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____ (mm/dd/aaaa) No. de Seguro Social: _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Física (si difiere a la anterior) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Otro Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Genero: Masculino Femenino

Raza (Marque todos los que atribuyan) Caucásico/Europeo Asiático Nativo Hawaiano/Polines

Afroamericano Nativo Americano/Alaska Latino/Hispano Otro _____

¿Su hijo/a asiste a un centro de cuidado infantil actualmente? Si No ¿Nombre? _____

Cuanto tiempo ha estado en ese centro de cuidado infantil? ____ Años ____ Meses

Con quien vive el/la niño/a? (seleccione uno): mamá papá mamá y papá tutor legal
 otro _____

¿En cuantos hogares ha vivido en los últimos 12 meses? 1 2-3 4-5 6-7 8-9 Sin hogar

¿Esta recibiendo asistencia para pagar el centro de cuidado infantil? No Si; Nombre la agencia: _____

¿Esta su hijo/a inscrito en Head Start o NC Pre K? Si No

Tiene algún otro/a niño/a actualmente en el programa de Beca para Cuidado Infantil de SSDC? No Si

Si contesto "Si" a lo anterior, ¿cual es el nombre del niño/a que ya esta en el programa? _____

Información del Niño/a y Familia (Cont.)

Nombre del Niño/a _____

Por favor liste los nombre de todas las personas que viven en el mismo hogar que el niño/a

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación para con el niño/a

No. Total de personas en la familia: _____

****Complete la siguiente información en referencia a los padres.****
****Si esta matriculado/a, por favor entregue un horario escolar con esta solicitud.****

#1 Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/aOcupación: Empleado/a Desempleado/a Discapacitado/a Reducción de horas por el empleador

Empleador: _____ Horas a la semana: _____

¿Cuanto tiempo tiene en su empleo actual? 12 meses o mas. Menos de 12 meses N/A¿Cual es su nivel de educación? Asistencia a Escuela Superior 10^{mo} Grado Diploma de Escuela Superior o GED Algo de Universidad Carrera UniversitariaEsta inscrito en la escuela? Escuela Superior Universidad/Colegio

Si esta inscrito en la escuela, cuantos créditos/ horas por semestre esta tomando? _____

 Tiempo Completo Medio Tiempo GED/programa de entrenamiento/educacional

Nombre de la escuela/colegio/universidad: _____

#2 Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/aOcupación: Empleado/a Desempleado/a Discapacitado/a Reducción de horas por el empleador

Empleador: _____ Horas a la semana: _____

¿Cuanto tiempo tiene en su empleo actual? 12 meses o mas. Menos de 12 meses N/A¿Cual es su nivel de educación? Asistencia a Escuela Superior 10^{mo} Grado Diploma de Escuela Superior o GED Algo de Universidad Carrera UniversitariaEsta inscrito en la escuela? Escuela Superior Universidad/Colegio

Si esta inscrito en la escuela, cuantos créditos/ horas por semestre esta tomando? _____

 Tiempo Completo Medio Tiempo GED/programa de entrenamiento/educacional

Nombre de la escuela/colegio/universidad: _____

Información de los Padres/Guardianes

Nombre del Niño/a _____

Verificación de Ingresos

****Si esta empleado y no recibe talones de cheque, por favor pida a su empleador que complete la siguiente forma: ****

****Si no ha estado en este trabajo por lo menos dos meses todavía, por favor pida a se empleador que llene esta forma:****

Trabajo en: _____ Tel. _____

Fecha de contratación: _____ Promedio de horas trabajadas por semana _____

Salario \$ _____ Frecuencia de pago: _____ Semanal _____ Cada dos semanas
_____ Quincenal _____ Mensual

Please list GROSS wages for the most recent 2 months prior to the current month.

(Por favor liste los ingresos gruesos (antes de impuestos) de los dos meses mas recientes)

Date of Pay (Fecha del Pago)	# of Hours Worked (Horas)	Amount of Gross Pay (Pago antes de impuestos)

Employer Signature: _____ Date: _____
(Firma del Empleador) (Fecha)

Employer Printed Name: _____
(Nombre del Empleador en letra de molde)

Employer Title: _____ Phone #: _____
(Titulo de Empleador) (Tel.)

****Los padres deben de completar la siguiente sección si le corresponde. Su formulario no será procesado sin esta información, no deje nada en blanco. Si no recibe alguno de los siguientes, por favor ponga un "0". ****

Otros Ingresos (Anote todos los ingresos recibidos en su familia. Debe proveer documentación.)

Child Support (manutención al menor) \$ _____ Ordenada por un juez? Yes No

Seguro Social \$ _____ Quien lo recibe: _____

Discapacidad \$ _____ Quien lo recibe: _____

Otro \$ _____ Por favor describa: _____

Nombre del Niño/a _____

Necesidades Especiales del Niño/a y/o Servicios Recibidos en el ultimo año. (marque los que correspondan)

¿Usted piensa que su hijo/a pueda tener alguna limitación educacional o en su desarrollo? Si No No se

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo/a un Plan de Servicios Individuales Familiares? Si No No se

¿Su hijo/a recibe servicios de CDSA (Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil)? Si No No se

¿Su hijo/a tiene un Plan de Educación Individualizado? Si No No se

¿Su hijo/a tiene limitaciones físicas o alguna enfermedad crónica (por ejemplo: asma, parálisis cerebral, etc.)?

Si No No se Si es así, por favor explique: _____

¿Su hijo ha sido revisado por un pediatra especialista por algún problema crónico de salud? Si No No se

Idioma

Su hijo habla Inglés: La mayor parte del tiempo A veces. No habla Inglés

¿Cual es el idioma que hablan en su casa la mayor parte del tiempo? _____

Desafíos Familiares (Que le hayan sucedido al padre/tutor durante este año)

Su empleador redujo sus horas de trabajo o lo despidieron Fecha: _____

Limitaciones físicas o enfermedades crónicas

Abuso de sustancias

Servicios de Salud Mental

Encarcelamiento

Violencia Domestica (sin reportar reportada)

Reporte por Abuso/Negligencia Infantil

YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA Y VERIDICA Y QUE TODOS LOS INGRESOS HAN SIDO REPORTADOS. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACION ESTA SIENDO USADA PARA RECIBIR FONDOS DEL ESTADO; QUE LOS OFICIALES DE LA BECA PARA CUIDADO INFANTIL PUEDEN VERIFICAR LA INFORMATION EN LA SOLICITUD; Y QUE LA DISTORCION DELIBERADA DE LA INFORMACION REPRESENTADA PUEDE ESTAR SUJETA A UN SEGUIMIENTO BAJO LAS LEYES ESTATALES QUE CORRESPONDAN.

Firma de la persona que esta completando esta solicitud:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Relación para con el niño: _____

*Si un tutor firma, se necesita documentación de tutela.

Por favor entregue esta solicitud con la documentación requerida a la oficina de Smart Start del Condado de Davidson:

306 East US Hwy 64

Lexington, NC 27292

(336) 249-6688 phone • (336) 249-6687 fax