Smart Start del Condado de Davidson
Solicitud de la Beca para Cuidado Infantil

Requisitos de Elegibilidad:

- Todos los padres / padrastros / tutores viviendo con el niño/a deben estar trabajando por lo menos 20 horas a la semana **O** estar matriculados a tiempo completo **O** una mezcla de trabajo y estudios que cumpla con los requisitos del programa.
- El niño/a debe tener 0 a 5 años. Ya no es elegible una vez que entre en kínder.
- La familia debe vivir **O** trabajar **O** ser estudiante en el condado de Davidson.
- Debe seleccionar una guardería elegible de 4 o 5 estrellas en el condado de Davidson.

Documentación Requerida: (Entregue toda la documentación abajo que corresponda a su familia.)

- ❑ Una copia del acta de nacimiento del niño/a
- ❑ Talones de cheque (8 más recientes si le pagan semanalmente; 4 más recientes si le pagan cada dos semanas; 2 más recientes si le pagan cada mes.)
- ❑ Formulario de Verificación de Ingresos + Cualquier talón recibido hasta ahora (para nuevos trabajos) Vea p. 5 de la solicitud.
- ❑ Formulario de Verificación de Ingresos—Trabajo por Cuenta Propia (para los que trabajan por su cuenta o que reciben un formulario 1099 de su empleador). Vea partnershipforchidren.org
- ❑ Verificación escolar del padre/ padrastro / tutor
- ❑ Documentación de Manutención Infantil (de los 4 meses más recientes para todos los niños en el hogar)
- ❑ Documentación de Beneficios de Seguro Social (la carta más reciente de SSA o SSI)
- ❑ Documentación de Beneficios de Desempleo (pagos de las 8 semanas más recientes)

Smart Start of Davidson County
820 Grimes Boulevard
Lexington, NC 27292
Phone: 336-249-6688
Fax: 336-249-6687
www.partnershipforchildren.org

1. Nombre Completo del Niño/a _____

2. Fecha de Nacimiento del Niño/a_____(mm/dd/aaaa)

3. Dirección Postal del Niño/a_____

4. Ciudad_____ **5.** Estado_____ **6.** Código Postal_____

7. Dirección Física (si difiere a la anterior) _____

8. Ciudad_____**9.** Estado_____ **10.** Código Postal _____

11. Teléfono Preferido_____ **12.** Otro Teléfono_____

13. Correo Electrónico_____

14. ¿Cuál es la mejor manera de contactarle? ❑Teléfono ❑Correo electrónico ❑Los dos (tel o correo electrónico)

15. Género del Niño/a: ❑Masculino ❑Femenino

16. Raza del Niño/a (Marque todos los que correspondan) ❑Caucásico/Europeo ❑Asiático ❑Latino/Hispano ❑Nativo Hawaiano/Polines ❑Afroamericano ❑Nativo Americano/Alaska ❑Otro _____

17. ¿Su hijo/a asiste a un centro de cuidado infantil actualmente? ❑Sí ❑No ¿Nombre?_____

18. ¿Cuánto tiempo ha estado en el actual centro de cuidado infantil? _____Años _____Meses

19. ¿En cuántos hogares ha vivido en los últimos 12 meses? ❑1 ❑2-3 ❑4+ ❑Sin hogar

20. ¿Está recibiendo asistencia para pagar el centro de cuidado infantil?❑ No ❑ Sí; Nombre la agencia:_____

21. ¿Está su hijo/a inscrito en Head Start o NC Pre K? ❑Sí ❑No

22. ¿Tiene algún otro/a niño/a actualmente en el programa de Beca para Cuidado Infantil de SSDC? ❑No ❑Sí

23. Si contestó "Sí" a lo anterior, ¿cuál es el nombre del niño/a que ya está en el programa? _____

Nombre del Niño/a _____

1. ¿Con quién vive el niño/a en la dirección anotada en la página 1?
(Por favor, tenga en cuenta que esta información puede ser verificada por SSDC y el Dept. de Servicios Sociales.)

Seleccione uno:

❑ambos padres

❑madre soltera

❑padre soltero

❑padre/madre & padrastro/madrastra ➔ (¿Es la pareja ❑casada / ❑no casada?)

❑tutor legal (por mandato judicial)

❑custodio legal (por mandato judicial)

❑familia temporaria (Foster Parents)

❑otro (Describa por favor.) _____

2. Por favor anote el nombre de TODAS las personas que viven con el niño/a ➔**INCLUYENDO al niño/a PRIMERO.**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño/a
		Niño Solicitante

No. Total de Miembros en el Hogar _____

Smart Start del Condado de Davidson anima a todas las familias interesadas a completar una solicitud. Si los fondos no están disponibles en el momento de la solicitud, y se determina que la familia es elegible para el Programa de la Beca para Cuidado Infantil de Smart Start del Condado de Davidson, el nombre del niño/a se agregará a una lista de espera. Se determinará una puntuación de riesgo para cada niño. A medida que los fondos estén disponibles, el personal del programa seleccionará a los niños elegibles de la lista de espera en función de sus criterios de priorización.

Nombre del Niño/a _____

Padre / Madre / Padrastro / Madrastra / Tutor/a #1: ➔ *Por favor conteste las preguntas 1-13.*
Solo complete para aquellos padres / padrastros / tutores que viven con el niño/a.

1.Nombre del Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor/a:_____**2.** Edad: _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ **4.** Estado Civil: □Soltero/a □Casado/a □Separado/a □Divorciado/a □Viudo/a

5. Ocupación: □Empleado/a □Desempleado/a

6. Empleador:_____**7.** Horas a la semana: _____

8. ¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? □12 meses o más □Menos de 12 meses □No corresponde

9. ¿Cuál es su nivel de educación? □Asistencia a la Escuela Superior (High School)
□Diploma de Escuela Superior o GED □Algo de Universidad □Carrera Universitaria

10. ¿Está inscrito/a en alguna escuela? □No □Sí ➔ □Escuela Superior □Escuela Pos-Secundaria/Universidad

11. Si está inscrito/a en una escuela, ¿cuántos créditos/ horas por semestre está tomando? ____
□Tiempo Completo □Tiempo Parcial □GED / programa educacional o de entrenamiento

12. ¿Cuál es el nombre de la escuela / universidad:_____

13. ¿Otro padre / madre / padrastro / madrastra / tutor/a vive en el hogar del niño/a?

❑Sí ➔ Por favor conteste las preguntas 14-25 & 26-29 abajo.

❑No ➔ Por favor *solo* conteste las preguntas 26-29 abajo.

Padre / Madre / Padrastro / Madrastra / Tutor/a #2: ➔ *Por favor conteste las preguntas 14-25.*
Solo complete para aquellos padres / padrastros / tutores que viven con el niño/a.

14. Nombre del Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor/a:_____**15.** Edad: _____

16. Fecha de Nacimiento: _____ **17.** Estado Civil: □Soltero/a □Casado/a □Separado/a □Divorciado/a □Viudo/a

18. Ocupación: □Empleado/a □Desempleado/a

19. Empleador:_____**20.** Horas a la semana: _____

21. ¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? □ 12 meses o más □Menos de 12 meses □No corresponde

22. ¿Cuál es su nivel de educación? □Asistencia a Escuela Superior (High School)
□Diploma de Escuela Superior o GED □Algo de Universidad □Carrera Universitaria

23. ¿Está inscrito/a en alguna escuela? □No □Sí ➔ □Escuela Superior □Escuela Pos-Secundaria/Universidad

24. Si está inscrito/a en una escuela, ¿cuántos créditos/ horas por semestre está tomando? ____
□Tiempo Completo □Tiempo Parcial □GED / programa educacional o de entrenamiento

25. ¿Cuál es el nombre de la escuela / universidad:_____

OTROS INGRESOS ➔ *Por favor conteste las preguntas 26-29.*

¿Recibe alguien de la familia los ingresos siguientes?
(*Para la manutención infantil, debe proporcionar la cantidad que recibe para todos los niños en el hogar.)

26. Manutención Infantil: ❑No ❑Sí Cantidad: _____

27. Beneficios de Desempleo: ❑No ❑Sí Cantidad: _____

28. Beneficios de Seguro Social (SSA o SSI) ❑No ❑Sí Cantidad: _____

29. Otro Tipo de Ingresos*: ❑No ❑Sí Cantidad: _____

*Por favor describa el otro tipo de ingresos que recibe: _____

Nombre del Niño/a _____

Necesidades Especiales del Niño/a y/o Servicios Recibidos en el último año. ***(Marque los que correspondan.)***

1. ¿Usted piensa que su hijo/a pueda tener alguna limitación educacional o en su desarrollo? ❑Sí ❑No ❑No lo sé

2. Si es así, por favor explique:_____

3. ¿Tiene su hijo/a un Plan de Servicios Individuales Familiares? ❑Sí ❑No ❑No lo sé

4. ¿Su hjio/a recibe servicios de CDSA (Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil)? □Sí □No □No lo sé

5. ¿Su hijo/a tiene un Plan de Educación Individualizado? ❑Sí ❑No ❑No lo sé

6. ¿Su hijo/a tiene limitaciones físicas o alguna enfermedad crónica (por ejemplo: asma, parálisis cerebral, etc.)?
❑Sí ❑No ❑No lo sé Si es así, por favor explique:_____

7. ¿Su hijo ha sido revisado por un pediatra especialista por algún problema crónico de salud? ❑Sí ❑No ❑No lo sé

Idioma

8. Su familia habla inglés: ❑La mayor parte del tiempo ❑A veces ❑No habla Inglés

9. ¿Cuál es el idioma que se habla en su casa la mayor parte del tiempo? _____

Desafíos Familiares *(que le hayan sucedido al padre / madre / padrastro / madrastra / tutor/a durante este año)*

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

11. ❑Limitaciones físicas o enfermedades crónicas

12. ❑Abuso de sustancias

13. ❑Servicios de Salud Mental

14. ❑Encarcelamiento

15. ❑Violencia Domestica (□ sin reportar □ reportada)

16. ❑Abuso/Negligencia Infantil Reportada

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 DISTORSION DELIBERADA DE LA INFORMACION REPRESENTADA PUEDE ESTAR SUJETA A UN SEGUIMIENTO BAJO LAS LEYES ESTATALES QUE CORRESPONDAN.

Firma de la persona que está completando esta solicitud:

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

Firma del Padre / Madre / Padrastro / Madrastra / Tutor/a: _____

Fecha: _____

Relación con el niño/a: _____

Por favor entregue esta solicitud con la documentación requerida a la oficina de Smart Start del Condado de Davidson:
820 Grimes Boulevard
Lexington, NC 27292
Teléfono: 336-249-6688 • Fax: 336-249-6687
www.partnershipforchildren.org

Smart Start of Davidson County
820 Grimes Boulevard
Lexington, NC 27292
Phone: 336-249-6688
Fax: 336-249-6687
partnershipforchildren.org

Employment Verification Form
(Formulario de Verificación de Ingresos)

Employer, please verify employment information for the person named below. By signing the form, you are giving us permission to contact you in case we need to verify any of the following information.

(Empleador, por favor proporciónenos con la información de empleo para la siguiente persona y regrese el formulario al empleado lo más breve posible. Al firmar este documento, usted está dando permiso de que lo/a contactemos en caso de que necesitemos verificar la siguiente información.)

1. Employee Name *(Nombre del Empleado/a)* _____

2. Applicant (child(ren)'s name(s)) *(Nombre de el/la niño/a solicitante)*_____

3. Is the person named above currently employed by you or your company?
(¿Está la persona mencionada en la parte superior empleado/a por usted o su compañía?) Yes/*Sí* No/*No*

4. Hire Date *(Fecha de contratación):* _____

5a. If newly hired, what is the first pay date when the employee will have worked for a full pay period?
(*Si se acaba de contratar, ¿cuál es la primera fecha de pago en la que el empleado habrá trabajado durante un período de pago completo?)* _____

OR... (*O...*)

5b. If a recent change in pay rate or hours has occurred, what is the first pay date when the change will have been in effect for a full pay period?
(Si se ha producido un cambio reciente de sueldo o horas, ¿cuál es la primera fecha de pago en la que el cambio habrá estado en vigor durante un período de pago completo?) _____

6. On average, how many hours will the employee work per week?
*(¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana?)*_____

7. Pay Rate *(Sueldo)*: $_____ □ hourly *(por hora)* □weekly *(semanal)* □biweekly *(quinsenal)* □monthly *(mensual)*

8. How often will the pay be received? *(¿Cada cuándo recibe el sueldo?)*
□weekly *(semanal)* □biweekly *(cada dos semanas)* □bimonthly *(quincenal)* □monthly *(mensual)*

Please complete the following table with payments for the last two months:
(Por favor complete la siguiente tabla con los pagos de los últimos dos meses:)

Pay Date *(Fecha de Pago)*	**Hours Worked** *(Horas Trabajadas)*	**Rate of Pay** *(Sueldo)*	**Gross Pay (before taxes)** *(Pago Bruto antes de impuestos)*	**OT Hours** *(Horas Tiempo Extra)*	**OT Rate of Pay** *(Sueldo Tiempo Extra)*	**OT Gross Pay** *(Pago Tiempo Extra)*	**Tips** *(Propinas)*

Name of the Company/Employer and Address
(Nombre de la Compañía/Empleador y Dirección): _____

Phone# *(Tel)*: _____ **Fax#**:_____ **Correo Electrónico:** _____

Name of person filling out this form:
(Nombre de la Persona completando el formulario): _____ **Title:** (Titulo): _____

Signature *(Firma):* _____ **Date** *(Fecha):* _____