

## Aplicación para la lista de espera para Servicios de cuidado Infantil

Favor de devolver la aplicación vía correo electrónico- [ccs.intake@wsalamo.org](mailto:ccs.intake@wsalamo.org) o fax a 210-277-2716.

Servicios de cuidado infantil (CCS) ayuda a los padres que se esfuerzan por llegar a ser autosuficientes, dándoles más opciones en los arreglos de cuidado de niños.

### Para ser elegible para servicios de cuidado infantil:

- Niño (s) que necesitan cuidado infantil deben ser ciudadanos estadounidenses o tener estatus migratorio legal.
- Deben cumplir con uno de los siguientes requisitos de edad
  - Ser menor de 13 años de edad; o
  - Niño (a) con discapacidad y menor de 19 años de edad
- La familia debe residir en la región del Álamo.
- La familia debe tener un ingreso bruto total que no exceda el 85% del ingreso medio del estado (SMI).
- Los Niño (s) que necesitan cuidado infantil deben ser ciudadanos estadounidenses o tener estatus migratorio legal.
- Padres deben estar participando en actividades de empleo, estar matriculados en la escuela/programa de capacitación
- Por un mínimo de 25 horas por semana para una familia monoparental o familia de dos padres.

### CCS también puede considerar:

- Otros ingresos recibidos en el hogar.
- La composición de la familia y los beneficios recibidos.

### Una vez que su nombre es extraído de la lista de espera, debe prepararse para presentar lo siguiente:

- Certificado de nacimiento o verificación de datos de nacimiento de cada niño en la familia.
- Comprobante de Domicilio (Ejemplo: Contrato de renta o factura de luz/agua).
- Los Tres meses (si le pagan Mensualmente)/13 semanas (si le pagan semanal o bi-semanal) más recientes cheques de pago de cada empleo actual de cada miembro de la familia que trabaje. Forma de verificación podría usarse. Esto incluye el ingreso de cualquier personas de 14 años o más. **Nota: El Ingreso de empleo de los hijos entre las edades de 14 a 19 y que asisten a la escuela no será incluido en la determinación de elegibilidad del hogar, a menos que el individuo sea el padre/madre del infante.**
- Si recibe pago en efectivo: Debe proporcionar una verificación de empleo y comprobantes de pago de los últimos tres meses anteriores a este aviso, y puede que le soliciten la forma 1099.
- Trabaja por su cuenta: Proporcionar documentación que refleje ingresos netos ajustados, debe incluir, una lista de los servicios prestados, y comprobantes de todos los pagos recibidos y de todos los gastos del negocio por un periodo de 3 meses anteriores a éste aviso. Puede obtener una copia del paquete de trabajo por cuenta propia en: <http://www.sanantonio.gov/humanservices/EarlyEducationChildCare/childcareassistance.aspx>
- Horario Escolar actual y boleta de calificaciones
- Otras fuentes de Ingreso tales como beneficios de SSDI, compensación de trabajadores, ingresos por alquiler
- Identificación válida actual con foto de cada uno de los padres / tutor
- Si su hijo tiene una discapacidad, la documentación actual de la discapacidad. (Ejemplos: carta de un médico, IFSP de y programa de educación temprana o el IEP de la escuela).
- Proporcionar los números de seguro social de todos los miembros del hogar (voluntario).

**Nota: Puede obtener una copia de la guía de educación al consumidor en**

<http://www.sanantonio.gov/humanservices/EarlyEducationChildCare/childcareassistance.aspx>



**Para ser elegible de cuidado infantil prioritario:**

Ciertos grupos pueden calificar para la prioridad de los servicios (recibir atención antes) si hay fondos disponibles. Favor de poner una marca en cada declaración que aplique a usted. Si ninguna declaración aplica a usted, prosiga en la siguiente sección. A continuación lista de ejemplos de la documentación requerida para verificar la prioridad.

**Soy Veterano Calificado**

*Necesitará proporcionar documentación: Ejemplo: DD214*

**Soy la esposa de Veterano Calificado**

*Necesitará proporcionar documentación: Ejemplo: DD214*

**Soy un joven que soy o que fui amparado de entre las edades de 14-23**

*Necesitará proporcionar documentación: Ejemplo de una carta del Departamento de Protección de Texas y Servicios Regulatorios*

**Soy una madre adolescente (de 19 años o más joven).**

*Necesitará proporcionar documentación: Ejemplo: Una carta de un consejero de la escuela que verifica la inscripción en la escuela o un horario escolar actual*

**Soy un padre de un niño con una discapacidad que necesita cuidado de niños**

*Necesitará proporcionar la prueba de la recepción de beneficios de fuentes tales como SSDI, SSI, ECI, Head Start o PPCD*

**Actualmente estoy recibiendo asistencia de cuidado infantil de un área diferente de Texas**

**Mis hijos y yo estamos sin una residencia nocturna fija, regular y adecuada (sin hogar)**





**Solicitud para lista de espera de servicios de Guardería Infantil**

Favor de devolver la Aplicación por correo electrónico [ccs.intake@wsalamo.org](mailto:ccs.intake@wsalamo.org) o fax to 210-277-2716.

Nota: Su solicitud será devuelta si usted no completa todas las secciones aplicables

Fecha:

| Parent/Caretaker Information           |  |   |   |                      |                                   |
|--|--|---|---|----------------------|-----------------------------------|
| Nombre: Apellido, Nombres              | Fecha de Nacimiento:                   | Numero de Seguro Social: (Voluntario)   | Sexo:   | Etnicidad :<br>Raza: | Idioma Principal Hablado en Casa: |
| Domicilio: Apt#:                       | Ciudad/Estado:                         |   | Zona Postal:  |                      |                                   |
| Dirección de correo (si es diferente): |  | Condado:  |   |                      |                                   |
| Numero de Teléfono de la casa:         | Numero de Telephone celular:           | Dirección de correo electrónico:  | Estado Civil:<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Co-Habitación<br><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado     |                      |                                   |
| Lugar de Empleo:                       | Horario de Trabajo (ex: Lu-Vi 8am-5pm) |   | Fecha de Contratación:  |                      |                                   |
| Domicilio:                             | Cuántas horas trabaja por semana:      |   |   |                      |                                   |
| Pago por Hora:<br>\$ _____             | Ingreso pre-taxas:<br>\$ _____ /mo.    | Frecuencia de Pago:<br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual | Ingreso adicional:<br>Propinas: \$ _____ Bonos: \$ _____<br>Comisiones \$ ____/ mo. Seguro de Dempleo: \$ _____<br>Compensacion al trabajador: \$ _____ Nino: _____ |                      |                                   |

|  |                                      |                      |                                |
|--|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Nombre de la Escuela/ Institución de Capacitación: | Horario Escolar (ex: Lu-Vie 8am-5pm) | Horas este semestre: | Fecha de Inicio de la Escuela: |
| Domicilio:   | Area de Concentración/Especialidad   | Horas completadas    |                                |

| Enumere cada niño en el hogar- Si el parentesco no es de padre/hijo(a) documentación de custodia legal es requerida |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
|---|---------------------|-------------------------|------|--------------------------|--|------------------------------|---|
| Nombre –(Necesario)<br>Número de Seguro Social (Voluntario)   | Fecha de Nacimiento | Raza/<br>Hispano<br>Y/N | Sexo | Grado actual<br>Presente | Tipo de cuidado<br>completo/Antes/<br>Después de la<br>Escuela o Ninguno | Relación con el<br>Aplicante | ¿Tiene su hijo alguna<br>Discapacidad? Si es así,<br>especificar. |
| 1.  |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| SS#   |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| 2.  |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| SS#   |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| 3.  |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| SS#   |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| 4.  |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| SS#   |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| 5.  |                     |                         |      |                          |  |                              |   |
| SS#   |                     |                         |      |                          |  |                              |   |

**2do padre / cónyuge / pareja (sólo si este Padre vive en el mismo domicilio)**

|                                |                                |   |  |                                  |  |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| Nombre: Apellido, Nombres      |                                | Fecha de Nacimiento:  | Numero de Seguro Social:   | Sexo:                            | Etnicidad :<br>Raze:   |
| Número de Teléfono de la casa: |                                | Numero de Celular:  |  | Dirección de correo electrónico: |  |
| Lugar de Empleo:<br>Domicilio: |                                | Horario de Trabajo(ex: Lu-Vi 8am-5pm)<br>Cuántas horas trabaja por semana |  | Fecha de Contratación:           |  |
| Pago por Hora<br>\$ _____      | Ingreso bruto<br>\$ _____ /mo. |   | Frecuencia de Pago:<br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi- Mensual |                                  | Ingresos Adicionales:<br>Propinas: \$ _____ Bonos: \$ _____<br>Comisiones: \$ _____/ mo. Desempleo: \$ _____<br>Compensacion al trabajador: \$ Nada: |

|  |  |   |                               |
|--|--|---|-------------------------------|
| Nombre de la Escuela/ Institución de Capacitación:<br>Domicilio: | Horario Escolar(ej: Lu- Vie 8am-5pm)<br>Area de Concentracion/Especialidad | Horas este semestre:<br>Horas completadas | Fecha de Inicio de la escuela |
|--|--|---|-------------------------------|

**Family Members (not previously listed)**

|                      |                     |      |                     |
|----------------------|---------------------|------|---------------------|
| 1.Nombre Completo:   | Fecha de Nacimiento | SSN: | Relacion con usted: |
| 2. Nombre Completo:  | Fecha de Nacimiento | SSN: | Relacion con usted: |
| 3. Nombre Completo : | Fecha de Nacimiento | SSN: | Relacion con usted: |

**Lista de fuentes de ingresos o asistencia que recibe de su familia y las cantidades. Ingresos brutos incluyendo: bonos, Propinas, Comisión, pensiones de incentivos, anualidades, ganancias de la lotería, ganancias de capital, dividendos, interés, renta, compensación a los trabajadores, manutención o pensión alimenticia, beneficios de discapacidad del seguro social, incentivos, todo se debe incluir. Nota: Usted necesitará proporcionar documentación a CCS de todos los ingresos o beneficios recibidos en esta lista.**

| Fuente de ingresos | Quien recibe este ingreso? | Cantidad | Con qué frecuencia recibe |
|--------------------|----------------------------|----------|---------------------------|
|                    |                            |          |                           |
|                    |                            |          |                           |
|                    |                            |          |                           |
|                    |                            |          |                           |
|                    |                            |          |                           |

Cuál es el número TOTAL de personas que viven en el hogar (incluye padre, la madre, 2 padres, cónyuge, todos los niños y cualquier otros dependientes)?

Entiendo que al firmar este formulario, estoy aplicando para los servicios de la Comisión laboral de Texas o de una agencia bajo contrato con la Comisión. Toda la información proporcionada es una declaración completa y exacta de mi familia (clientes) y de mi circunstancia en el momento de la aplicación

Firma del Jefe (a) de la familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de devolver la Aplicación por correo electrónico: [ccs.intake@wsalamo.org](mailto:ccs.intake@wsalamo.org) o fax to 210-277-2716.