



## **Child Care Delivery System** (Sistema de Prestación de Servicios a Menores)

***Sistema de Prestación de Servicios a Menores (CCDS) ayuda a los padres de familia que están tratando de obtener autosuficiencia económica dándoles más oportunidades para arreglos de cuidado infantil.***

### **Para ser elegible para los cuidados infantiles:**

- La familia debe tener una entrada total (sin descontar impuestos) que no exceda al 85% de la entrada media estatal
- El padre/madre(s) deben estar participando en entrenamiento, educación o actividades de empleo. Estos deben ser de un mínimo de 25 horas a la semana en el caso de un solo padre/madre y con padre y madre.

### **CCDS también toma en cuenta:**

- Todos los ingresos económicos que tiene la familia.
- La composición de la familia y los beneficios que reciben sus miembros

### **Si usted es elegible, se le pedirá que presente la información siguiente para su cita de admisión:**

- Tarjetas de seguridad social (SS) y registro de nacimiento o carta medica para cada niño(a) de la familia.
- Prueba de residencia actual (ejemplo: Cuenta de servicios o copia del contrato de arrendamiento (rental agreement)).
- Los tres meses de recibos (stubs) de pago más recientes del empleador actual de todos los miembros de la familia que trabajan. Una verificación de empleo puede utilizarse. Estos incluyen los ingresos de cualquier persona mayor de 14 años que este trabajando y que gane mas de \$50.00 mensuales. **NOTA: para ser elegible para recibir cuidado infantil subsidiado usted debe estar trabajando o participando en un programa de entrenamiento por mas de 25 horas semanales en caso de una familia con un solo padre/madre y con los dos padres de familia en casa.**
- Horario actual de la escuela, notas y documentación relativa a ayuda financiera. Las notas deben mostrar su concentración principal en el entrenamiento.
- SSDI beneficios.
- Si tiene un negocio propio o recibe pago en efectivo debe presentar una copia total de la declaración para pago de impuestos (tax return). Usted debe incluir también una lista detallada de todos los gastos pagados y los recibos (mostrando un periodo de 3 meses). También recibos de los pagos a usted por la prestación de sus servicios.
- Si su hijo tiene una incapacidad debe presentar la documentación correspondiente a la incapacidad actual. (Ejemplos: Carta de un doctor, IFSP de un programa de Early Childhood (educación preescolar o el IEP de la escuela).
- Debe presentar su identificación o licencia asignado por el Estado de Texas (Texas I.D. or Driver's License). Tiene que estar valida al tiempo que la presente.
- Número de Seguro (voluntario)

1499 Hillcrest #103 San Antonio, TX 78238 210-230-6300

La Ciudad de San Antonio es un empleador que brinda igualdad de oportunidades



**City of San Antonio  
Child Care Delivery System**  
*(Ciudad de San Antonio Sistema de Prestación Cuidados a Menores)*

## Forma de Aplicación

**Fecha:**

**Nota: Su aplicación le será devuelta si no completa todas las secciones aplicables.**

Información sobre el Caso (Madre o padre)				
Nombre: Apellido primero, MI		Fecha nacimiento:	Número Seguro :	Sexo:      Etnicidad:
Dirección:		Apt #:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Dirección postal : (Si es diferente)				Condado:
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	Teléfono celular:	Estado civil: O Soltero(a) O Divorciado(a) O Casado(a) O Convivencia (a)	
Nombre del empleador:		Horario de trabajo:(Exc. Lunes a viernes 8am.a 5.00pm.)		Fecha contratación
Dirección:		Número de horas trabajadas semanalmente:		
Salario por hora:	Entrada total: (Sin descontar impuestos)	Frecuencia pagos:	Otras entradas: F	
\$	\$ _____/mensual	F Semanal F Cada 2 semanas F Mensual F Cada dos meses	Propinas \$ _____      F Bonos \$ _____ F Comisión \$ _____      F Desempleo \$ _____ F Compensación al Trabajador \$ _____      F Ninguno \$ _____	
Nombre escuela o centro de entrenamiento:		Horario escuela: (Exc. l-v 8.00am.-5.00pm.)		Horas este semestre:
Dirección		Área de mayor concentración:		Fecha inicio de escuela:
				Horas
Niños que requieren los cuidados (Use una hoja separada si es necesaria)				
1. Nombre:		Fecha nacimiento:	Número SS:(Seguridad social, voluntario)	Etnicidad:
		Sexo:		
¿Tiene el niño/a una incapacidad?    F Si F No		¿Se requieren cuidados? F No F Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) F Día completo F Día parcial		Raza:
Si positivo, describa la incapacidad:		F Después de la escuela/en edad escolar		Relación (parentesco):
2. Nombre:		Fecha nacimiento:	Número SS:(Seguridad social)	Sexo:      Etnicidad:
¿Tiene el niño/a una incapacidad?    F Si F No		¿Se requieren cuidados? F No F Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) F Día completo F Día parcial		Raza:
Si positivo, describa la incapacidad:		F Después de la escuela/en edad escolar		Relación (parentesco):
3. Nombre:		Fecha nacimiento:	Número SS:(Seguridad social)	Sexo:      Etnicidad:
¿Tiene el niño/a una incapacidad?    F Si F No		¿Se requieren cuidados? F No F Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) F Día completo F Día parcial		Raza:
Si positivo describa la incapacidad:		F Después de la escuela/en edad escolar		Relación (parentesco):
4. Nombre:		Fecha nacimiento:	Número SS:(Seguridad social)	Sexo:      Etnicidad:
4. Name:				
¿Tiene el niño/a una incapacidad?    F Si F No		¿Se requieren cuidados? F No F Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) F Día completo F Día parcial		Raza:
Si positivo, describa la incapacidad:		F Después de la escuela/en edad escolar		Relación (parentesco):

**\*\*Indique si usted u otro miembro de familia tiene un segundo trabajo(Use otra hoja si es necesaria)**

Información sobre cónyuge o compañero(a) (Solamente si viven en la misma casa)				
Nombre		Fecha nacimiento	Número SS (seguridad social):	Sexo: Ethnicidad: Raza:
Nombre del empleador:		Horario de trabajo:(Exc. L a V 8am.a 5.00pm.)		Teléfono trabajo:
Dirección:		Número de horas trabajadas semanalmente:		
Salario por hora: \$ _____	Entrada total: (Sin descontar impuestos) \$ _____/mensual	Frecuencia pagos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses	O Otras entradas: <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ <input type="checkbox"/> Bonos \$ _____ <input type="checkbox"/> Comisión \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno \$ _____ <input type="checkbox"/> Tips \$ _____ <input type="checkbox"/> Bonuses \$ _____	
Nombre escuela o centro de entrenamiento:		Horario escuela: (Exc. l-v 8.00am.-5.00pm.)	Horas este semestre:	Fecha inicio de escuela:
Dirección		Área de mayor concentración:	Horas Hours this semester:	School start date:

**Miembros de familia (No listados anteriormente)**

Número total de personas en su vivienda incluyéndose usted , cónyuge o/y compañero/a:

1. Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número SS:	Relación/parentesco:
2. Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número SS:	Relación/parentesco:
3. Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número SS:	Relación/parentesco:

**¿Recibe usted alguno de los beneficios siguientes?**

Estampillas para alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?	Seguridad Social <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?
SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? Por qu ién? _____	T.A.N.F. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? Por quién? _____
Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?	Ayuda para Vivienda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?¿
¿Está recibiendo sostenimiento de menor o tiene arreglos financieros informales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?¿	¿Está recibiendo sostenimiento de todos sus hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Para ser elegible para los servicios se requiere que usted activamente busque sostenimiento para todos sus hijos/as menores. ¿Se compromete a llenar este requerimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otras entradas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?

**Yo entiendo que al firmar esta forma estoy aplicando para los servicios de Texas Workforce Commission (Comisión de protección para trabajadores de TX) o de alguna agencia bajo contrato con la Comisión. Toda la información familiar dada es completa y verdadera (Cliente) y refleja sus circunstancias en el momento de la aplicación.**

Firma del/la cabeza de familia: _____ (Madre/padre)	Fecha: _____
--	--------------

La Ciudad de San Antonio es un empleador que proporciona igualdad de oportunidades

1499 Hillcrest #103 San Antonio, TX 78207 Phone: (210) 230-6300