

Departamento de Recursos Humanos/Administración de Cuidado Infantil Adquisición del Programa de Cuidado Infantil <b>SOLICITUD/REDETERMINACIÓN DE CUIDADO INFANTIL</b>	<b>Remitir a:</b>
---	-------------------

I. Nombre del solicitante:					Número de seguro social (no se requiere):					
Dirección: Calle		No. de apartamento			Ciudad		Estado		Código postal	
Domicilio postal, de ser diferente:										
Número de teléfono:			Estado civil:			Fecha de nacimiento:			Raza:	
II. Nombre del cónyuge (otro progenitor) o pariente cuidador:							Número de seguro social (no se requiere):			
Número de teléfono:			Estado civil:			Fecha de Nacimiento:			Raza:	

III. 1) ¿Recibe usted Asistencia Temporal en Efectivo (TCA)? <div style="float: right;">1) <input type="checkbox"/> Nunca</div>						
a. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuándo comenzó a recibir Asistencia Temporal en Efectivo? <div style="float: right;">1a) _____</div>						
b. <input type="checkbox"/> Ya no recibo. ¿Cuándo terminó de recibir Asistencia Temporal en Efectivo? <div style="float: right;">1b) _____</div>						
c. <input type="checkbox"/> No. Solicité en los últimos 30 días.						
2) ¿Reside en el hogar un progenitor menor de edad? <div style="float: right;">2) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</div>						
3) ¿Es usted un familiar cuidador (no la madre o el padre)? <div style="float: right;">3) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</div>						
a. De responder sí, ¿cuál es su parentesco con el(los) menor(es)? <div style="float: right;">3a) _____</div>						
b. ¿Recibe usted Asistencia Temporal en Efectivo por su(s) niño(s)? <div style="float: right;">3) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</div>						
c. ¿Cuál es el número de niños bajo su custodia? <div style="float: right;">3c) _____</div>						
4) ¿Asiste su niño al programa Head Start? <div style="float: right;">4) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</div>						

IV. Información sobre la actividad	
Su actividad	Cónyuge/Otro progenitor/Actividad si está en el hogar
Nombre de la escuela o empleador: _____	Nombre de la escuela o empleador: _____
Domicilio de la escuela o el empleador: _____	Domicilio de la escuela o el empleador: _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Días y horas de su actividad: _____	Días y horas de su actividad: _____
Fechas de inicio y finalización de la actividad: _____	Fechas de inicio y finalización de la actividad: _____

**V. Información del menor (Incluya a todos los niños en el hogar menores de 13 años de edad)**

Complete esta sección para cada niño que necesite cuidado infantil. Utilice los siguientes códigos para completar las columnas sobre ciudadanía, raza y etnia. Escriba cada código que aplique, utilizando al menos un código para cada niño. Ingrese "Sí" o "No" en la columna de Discapacidad para indicar si el niño padece algún impedimento.

**Código de ciudadanía/inmigración:** 1= Ciudadano estadounidense; 2= Residente permanente; 3= Asilado; 4= Extranjero con ingreso condicional autorizado; 5= Persona bajo libertad condicional, 1 año o más; 6= Extranjero con deportación en suspenso; 7= Refugiado; 8= Cónyuge, menor o progenitor extranjero abusado.

**Número de seguro social:** No se requiere para ningún integrante del hogar

**Códigos de etnia:** 1= Sí/Hispano o Latino; 2= No/Hispano/Latino

**Códigos de raza:** 1= Indígena norteamericano/Nativo de Alaska; 2= Asiático; 3= Negro/Afro americano; 4= Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico; 5= Blanco

Apellido	Nombre Nombre	Estado de Ciuda- danía/ Inmi- gración	No. Seg. Social	Fecha de Nac.	Etnia	Sexo	Raza	Discapa citado	Días y horas de cuidado	Tipo de cuidado (Hogar registrado, centro con licencia o informal)
Ejemplo:	Doe, Jane	2	111-22-3333	4/4/04	1		5	Sí	L-V 8	Informal



**IX. Plan de cuidado del menor (SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA)  
Child Care Plan (AGENCY USE ONLY)**

<p>1. <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Previous (if so, date closed)</p> <p>2. Type of Care <input type="checkbox"/> Licensed (Home) <input type="checkbox"/> Licensed (Center) <input type="checkbox"/> Informal, Who: _____ &amp; Relationship: _____</p>	<p>3. <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p><i>If eligible</i>, was the customer placed on a waiting list: Yes No What is the number in the Eligibility Unit: _____ Where is child care? _____</p> <p>4. Child Support: Yes No <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Non-Cooperation <input type="checkbox"/> Good Cause Claim</p>	<p>5. CIS Inquiry Date: _____ CIS Case #: _____</p> <p>6. Gross Annual Household Income: _____</p> <p>7. Date Entered on CCAMIS: _____ CCAMIS Case #: _____</p> <p>8. Priority Code: _____</p>
---	--	--