



# LISTA DE ESPERA DEL PROGRAMA DE LA GUARDERÍA SUBSIDIO

\*\*\*\*\*POR FAVOR ESCRIBE EN IMPRENTA\*\*\*\*\*



NOMBRE COMPLETO DE LA MAMÁ (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ # ID de impuestos\* \_\_\_\_\_  
fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PAPÁ (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ # ID de impuestos\* \_\_\_\_\_  
fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

DIRRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ # Telefónico \_\_\_\_\_

Nombre de los Niños	Fecha de Nacimiento	¿Es el niño ciudadano de los E.E.U.U.?

SI ESTA EMBARAZADA, ¿CUANDO SE ALIVIA? \_\_\_\_\_

¿RECIBE USTED ASISTENCIA PUBLICA?: MEDICAID \_\_\_\_ WFFA/TANF \_\_\_\_ O SSI \_\_\_\_

TIPOS DE INGRESOS: \* Si los dos padres de la familia viven en el mismo hogar, incluya el ingreso mensual bruto de los dos en el espacio abajo.

\*Ingreso mensual (antes de impuestos) \_\_\_\_\_ Manutención \_\_\_\_\_ SSA \_\_\_\_\_  
Compensación del trabajo \_\_\_\_\_ Desempleo \_\_\_\_\_ Alimonia \_\_\_\_\_

INGRESOS DE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR \_\_\_\_\_

A. ¿NECESITA LA ASISTENCIA PORQUE ESTA TRABAJANDO? SI NO

**ARRA: Está usted trabajando tiempo completo o tiempo parcial (menos de 30 horas a la semana)?** Tiempo completo

Tiempo parcial

**ARRA: Está usted buscando trabajo?** SI NO

B. ¿NECESITA LA ASISTENCIA PARA PODER ATENDER EL COLEGIO O LA UNIVERSIDAD? SI NO

**ARRA: Se ha graduado del colegio/Universidad en/ después del 12/1/08 y está usted buscando trabajo?** SI NO

C. ¿RECIBE LA ASISTENCIA POR OTRO NINO/NINOS? SI NO

D. ¿ESTAS VIVIENDO EN UN REFUGIO? SI NO

E. NECESITA RECIBIR INFORMACION SOBRE CUIDADO INFANTIL? SI NO

F. ¿TIENEN SUS NINOS NECESIDADES ESPECIALES O RETRASOS EN EL DESAROLLO? SI NO

SI RESPONDIO SI A PREGUNTA F, ¿TIENE USTED UN IEP (PLAN IDIVIDUAL DE EDUCACION) Y/O IFSP (PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE FAMILIA)? SI NO

Para más información sobre como escoger una guardería de calidad, llame a Child Care Services Association (CCSA) al (919) 779-2220

Por mi firma abajo, yo decalro que toda la información en esta aplicación es exacta y verdadera, También le doy permiso a Wake County Human Services para compartir mi información como sea applicable, si hay fondos disponibles para el programa de asistencia. \* Por favor observe: No se requiere SSN para ser elegible, pero puede utilizarse con propósitos de verificación.

FIRMA DEL PADRE / FECHA \*\*\*\*\* FAVOR FIRME EN LA LINEA DE ARRIBA

**Nota importante: Si cambia su dirección, es su responsabilidad comunicar el cambio a esta oficina. No hacerlo podría causar que pierda la oportunidad de ser notificado sobre los fondos disponibles y sería retirado de la lista de espera.**

Las horas de la oficina son 8 am – 5 pm (Lunes-Viernes). Telefono: 919/773-7600.

Envíelo por correo a: WCHS – Child Care Subsidy – 319 Chapanoke Road - Suite 104 - Raleigh, NC 27603

Fax: 919/773-7597

Correo electrónico: childcaresubsidy@co.wake.nc.us

Página web: www.wakegov.com/ccs