

Solicitud para Lista de Espera Child Care Services
Favor de llenar toda la solicitud y responder todas las preguntas.
No podemos aceptar solicitudes incompletas. La solicitud debe estar firmada y fechada.

Entregue la solicitud en
1406 Jacaman Rd. Suite A
Laredo TX 78041
Teléfono: 956-794-1500
Fax: 956-794-1530
Correo Electrónico:
ccs@southtexasworkforce.org

Información del solicitante (Padre, Madre/Tutor)

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____
 No. de Seguro Social (opcional): _____ - _____ - _____ Género: M F Condado de residencia: _____
 Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Dirección Postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Teléfono: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ x: _____ Correo Electrónico: _____
 Método de contacto preferido: _____ Idioma de preferencia: _____

Los padres deben estar participando en Entrenamiento o Educación o Actividades de Empleo o Buscando Empleo de Forma Activa (Búsqueda de Trabajo Inicial)

Seleccione la opción que aplica a Usted Entrenamiento Educación Actividades de Empleo Buscando Empleo de Forma Activa (Búsqueda de Trabajo Inicial)

- **¿Es un veterán federal o cónyugue calificado?**
 Sí No
- **¿Es usted o su cónyugue un military en activo?**
 Sí No
- **Si es menor de 21 años de edad: ¿Fue usted o es actualmente un joven en adopción temporal?**
 Sí No N/A
- **Si es menor de 19 años de edad, ¿ Está inscrito en preparatoria o clases de equivalencia para preparatoria?**
 Sí No N/A

- **¿Ha recibido servicios de TANF o SNAP en los pasados 30 días?**
 Sí No
- **¿Cuenta con bienes mayores a 1 Millón de dólares?**
 Sí No
- **¿Tiene alguna discapacidad el menor(es) que requieren servicios de cuidado?**
 Sí No
- **¿Es usted actualmente una persona sin hogar?**
 Sí No
Si respondió "Sí", por favor especifique el albergue/otro:

¿Es Usted el padre/madre biológico(a) de los niño(s): Sí No

Tabla de Miembros del hogar (incluya solo a quienes viven en el hogar: niños, cada padre/guardián, padre adoptivo, y adultos dependientes)

Nombre y Apellido	Relación con Usted	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social (opcional)	Necesita cuidado infantil
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(Enliste miembro del hogar adicionales en una página separada y adjunte)

¿Trabajan o asisten a la escuela **al menos 25 horas por semana** todos los padres, padres adoptivos, y adultos dependientes en el hogar?
Sí No
 Si no contesta esta pregunta, se negará su solicitud.

¿Es el ingreso económico del hogar, antes de impuestos, **menor al** ingreso correspondiente al tamaño de su hogar en la tabla adjunta?
Sí No
 Si no contesta esta pregunta, se negará su solicitud.

Maximum Income Eligibility for Child Care Services
October 1, 2022 - September 30, 2023

Family Size	Weekly	Bi-weekly	Twice a Month	Monthly	85% SMI
1	\$ 755.30	\$ 1,510.59	\$ 3,021.18	\$ 3,270.00	\$ 3,270.00
2	\$ 987.53	\$ 1,975.06	\$ 3,950.12	\$ 4,276.00	\$ 4,276.00
3	\$ 1,230.09	\$ 2,460.18	\$ 4,920.36	\$ 5,283.00	\$ 5,283.00
4	\$ 1,492.42	\$ 2,984.85	\$ 5,969.70	\$ 6,289.00	\$ 6,289.00
5	\$ 1,684.76	\$ 3,369.52	\$ 6,739.04	\$ 7,295.00	\$ 7,295.00
6	\$ 1,917.09	\$ 3,834.18	\$ 7,668.36	\$ 8,301.00	\$ 8,301.00
7	\$ 1,960.74	\$ 3,921.48	\$ 7,842.96	\$ 8,490.00	\$ 8,490.00
8	\$ 2,004.39	\$ 4,008.78	\$ 8,017.56	\$ 8,679.00	\$ 8,679.00

**** COLOCACIÓN EN LA LISTA DE ESPERA NO GARANTIZA SERVICIOS ****

Usted es responsable de reportar y cumplir los requerimientos para todos los miembros de su hogar que se toman en cuenta al determinar su elegibilidad para servicios de cuidado infantil. Al firmar e inscribir la fecha abajo, usted da por entendido que toda la información en esta solicitud representa una declaración completa y precisa de las circunstancias de su familia en este momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Workforce Solutions for South Texas es un Programa / empleador de igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con discapacidades. Los clientes sordos, con problemas de audición y con problemas del habla pueden comunicarse con: Relay Texas: (800) 735-2989 (TTY) o 711 (Voz).