

## Solicitud para el Subsidio de Cuidado de Niños (CCS)

¿Recibe usted actualmente subsidio por cuidado de niños a través del Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Boulder County (CCAP)?  Sí  No

¿Cuánto tiempo recibe usted CCAP?: \_\_\_\_\_ Fecha inicial y de término del actual certificado de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

**Si no ha solicitado usted para CCAP, por favor contacta a Boulder County antes de continuar esta aplicación.  
Candidatos quienes son denegados a recibir CCAP están elegibles para aplicar a este programa de la Ciudad de Boulder.**

**Usted tiene que proveer una carta de negación de CCAP para continuar.**

Información de padres o guardián:  
Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de mensajes: \_\_\_\_\_

¿Habla usted inglés? Si la respuesta es no, ¿Qué idioma habla usted?

Grupo étnico:

Asiático o isleño del Pacífico  Negro  Esquimal  Hispánico  Nativo Americano  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

¿Estado civil actual?  Divorciado  Casado  Soltero  Separado  Viudo

¿Hay otro adulto (esposo(a), padre o madre) en el hogar?  Si (complete sección de abajo)  No

Apellido, Nombre, Inicial 2do. nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con Ud: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Estado civil del otro adulto?  Divorciado  Casado  Soltero  Separado  Viudo

¿Habla inglés el otro adulto? Si la respuesta es no, ¿Qué otro idioma habla el otro adulto?

Grupo étnico del otro adulto:

Asiático o isleño del Pacífico  Negro  Esquimal  Hispánico  Nativo Americano  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está usted buscando trabajo?  Si  No

¿Está el otro adulto buscando trabajo?  Si  No

¿Está usted empleado?  Si (complete sección de abajo)  No  
Nombre del empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está empleado el otro adulto?  Si (complete sección de abajo)  No  
Nombre del empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_

Forma de pago:

Horas  Semana  Cada dos semanas  
 Dos veces al mes  Mensualmente

Forma de pago:

Horas  Semana  Cada dos semanas  
 Dos veces al mes  Mensualmente

Ingresos por periodo de pago: \_\_\_\_\_ Total mensual: \_\_\_\_\_

Ingresos por periodo de pago: \_\_\_\_\_ Total mensual: \_\_\_\_\_



Favor de completar las columnas de abajo con los nombres de los niños por quienes está solicitando usted pago a este proveedor y el horario incluso las horas de cada día que se necesita el cuidado de niños.

Nombre del niño y edad	Fecha de comienzo del cuidado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Nombre y dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Favor de completar las columnas de abajo con los nombres de los niños por quienes está solicitando usted pago a este proveedor y el horario incluso las horas de cada día que se necesita el cuidado de niños.

Nombre del niño y edad	Fecha de comienzo del cuidado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Nombre y dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

**Favor de proveer el nombre y dirección de un amigo o pariente quien pueda ser contactado en el evento de que el Programa de Certificado de Cuidado de Niños no pueda ubicarlo a usted en la dirección y números de teléfonos proveídos en su solicitud:**

Nombre de pariente o amigo: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo certifico con mi firma abajo que la información de arriba es correcta y completa.

**Autorización para proveer información**

Yo autorizo por la presente a City of Boulder Family Services, en el curso de la administración del Programa de CCS, que provea información obtenida directamente de mi o de cualquier otra persona, agencia o institución la cual ha proveído información a City of Boulder Family Services, con mi consentimiento, a los siguientes: Cualquier proveedor de cuidado de niños que yo pueda elegir para usar, cualquier empleador para quien yo trabaje, cualquier escuela o institución de entrenamiento a la que yo pueda estar asistiendo y Boulder County Department of Housing & Human Services (BCDHHS), administrando el Programa de Asistencia de Cuidado de niños de Colorado (CCCAP sigla en inglés) en el Condado de Boulder.

**Autorización para ceder información**

Yo autorizo a las siguientes personas, agencias o instituciones a proveer información a City of Boulder Family Services, con relación a mi solicitud para o el recibo de subsidio para cuidado de niños a través del Programa de CCSR: Cualquier proveedor de cuidado de niños que yo pueda elegir para usar, cualquier empleador para quien yo trabaje, cualquier escuela o institución de entrenamiento a la que yo pueda estar asistiendo y a Boulder County Department of Housing & Human Services (BCDHHS), administrando el Programa de Asistencia de Cuidado de niños de Colorado (CCCAP sigla en inglés) en el Condado de Boulder. Yo también permito la inspección y reproducción de archivos en su posesión con relación a mi persona por cualquier representante autorizado de City of Boulder Family Services. Yo eximo a la persona, agencia o institución de cualquier y toda responsabilidad de proveer tal información.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_