GAP _____
CLIFF _____
FRSFF_____
SN_____

City of Boulder
Human Services Department
Family Services

Application for Child Care Subsidy and Referrals (CCSR) Program

Parent/guardian info:
Last Name: First Name: Middle Initial:

Sex: Birth date: E-mail Address:

Residence Address: City: State: Zip:

Home telephone: Work telephone: Message telephone:

Are you currently receiving subsidized child care through the Colorado Child Care Assistance Program (CCCAP)? ☐ Yes ☐ No
Length of time receiving CCCAP: Start and end dates of current Child Care Certificate:

Do you speak English? If not, what language do you speak?

Your ethnicity:
☐ Asian or Pacific Islander ☐ Black ☐ Eskimo ☐ Hispanic ☐ Native American ☐ White ☐ Other:_____

Your family structure: ☐ Single Parent ☐ Joint Custody ☐ Two Parent ☐ Guardian (relative) ☐ Guardian (non-relative)

Is there another adult (spouse/parent) in your household? ☐ Yes (complete section below) ☐ No

Last Name, First Name, Middle Initial:	Relationship to You:	Sex:	Date of Birth:	

Other adult's relationship to the child: ☐Parent ☐Guardian (relative) ☐Guardian (non-relative) ☐Step-Parent ☐Other _____

Does other adult speak English? If not, what language does the other adult speak?

Other adult's ethnicity:
☐ Asian or Pacific Islander ☐ Black ☐ Eskimo ☐ Hispanic ☐ Native American ☐ White ☐ Other:_____

Are you looking for a job? ☐ Yes ☐ No	Is the other adult looking for a job? ☐ Yes ☐ No
Are you employed? ☐ Yes **(complete section below)** ☐ No Employer Name and telephone number: Hours per week: How often paid: ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a month ☐ Monthly Earnings per pay period: Monthly Total:	Is the other adult employed? ☐ Yes **(complete section below)** ☐ No Employer Name and telephone number: Hours per week: How often paid: ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a month ☐ Monthly Earnings per pay period: Monthly Total:

GAP _____
CLIFF _____
FRSFF_____
SN_____

Solicitud para el Programa de Child Care Subsidies and Referrals (CCSR)

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:

¿Está usted recibiendo actualmente subsidio por cuidado de niños a través del Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Colorado (CCCAP)? ☐ Si ☐ No
¿Cuánto tiempo recibiendo CCCAP?: Fecha inicial y de término del actual certificado de cuidado de niños:

¿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: Horas por semana: Forma de pago: ☐ Horas ☐ semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente Ingresos por periodo de pago: Total mensual:	¿Está empleado el otro adulto? ☐ Si (complete sección de abajo) ☐ No Nombre del empleador y número de teléfono: Horas por semana: Forma de pago: ☐ Horas ☐ semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente Ingresos por periodo de pago: Total mensual:

	Total number of people in your household _____
Do you have a High School Diploma? Yes ☐ No ☐	Do the other adult have a High School Diploma? Yes ☐ No ☐
Are you in school or training? ☐ Yes (complete section below) ☐ No Adult Basic Education ____ Junior High/High School ____ Post Secondary School ____ English as 2nd Language ____ GED ____ Name of school/training facility: degree/certificate: start date: end date: Hrs per week:	Is the other adult in school or training? ☐ Yes (complete section below) ☐ No Adult Basic Education ____ Junior High/High School ____ Post Secondary School ____ English as 2nd Language ____ GED ____ Name of school/training facility: degree/certificate: start date: end date: Hrs per week:

Do you (or the other adult) make any child support payments for any child(ren) not living with you?
☐ Yes (_____amount paid/mos) ☐ No

Do you (or the other adult) receive any child support payments? ☐ Yes (_____amount received/mo) ☐ No

Complete following for each child:

Last Name, First Name, Middle Initial:	How related to you:	Sex:	Ethnicity:	Birth date:	Special Needs?	Needs Care?	US Citizen?
					Yes No	Yes No	Yes No
					Yes No	Yes No	Yes No
					Yes No	Yes No	Yes No
					Yes No	Yes No	Yes No
					Yes No	Yes No	Yes No

Do any members of your household receive any non-work income? ☐ Yes ☐ No
(Examples include: alimony, dividends, interest, pension, social security, unemployment, educational grants, worker's compensation)
Type of Income: Monthly Amount Received:

Have you ever received Aid to Families with Dependent Children (AFDC), or Temporary Assistance to Needy Families? ☐ Yes ☐ No
Last Date of AFDC/TANF eligibility:

	Número total de personas en su hogar _____
¿Tiene usted Diploma de Preparatoria? Si ☐ No ☐	¿Tiene el otro adulto Diploma de Preparatoria? Si ☐ No ☐ ☐
¿Está usted en la escuela o en entrenamiento? ☐ Si (complete sección de abajo) ☐ No Educación básica de adultos ____ Escuela media o preparatoria ____ Pos Secundaria ____ Inglés como 2do. idioma ____ GED ____ Nombre de la escuela o del lugar de entrenamiento: Título o certificado: Fecha inicial: Fecha término: Hrs. por semana:	¿Está el otro adulto en la escuela o en entrenamiento? ☐ Si (complete sección de abajo) ☐ No Educación básica de adultos ____ Escuela media o preparatoria ____ Pos Secundaria ____ Inglés como 2do. idioma ____ GED ____ Nombre de la escuela o del lugar de entrenamiento: Título o certificado: Fecha inicial: Fecha término: Hrs. por semana:

¿Tiene usted (o el otro adulto) pagos de manutención por algún niño(s) que no vive(n) con usted?
☐ Si (_____ cantidad del pago por mes) ☐ No

¿Recibe usted (o el otro adulto) pago de manutención por algún niño? ☐ Si (_____ cantidad del pago por mes) ☐ No

Complete lo siguiente por cada niño:

Nombre, Apellido, Inicial 2do. nombre:	Parentesco con usted:	Sexo	Grupo étnico:	Fecha de nacimiento:	Necesidades especiales:	Necesidades de cuidado	¿Ciudadano de EU?
					Si No	Si No	Si No
					Si No	Si No	Si No
					Si No	Si No	Si No
					Si No	Si No	Si No
					Si No	Si No	Si No

¿Recibe algún miembro del hogar algún ingreso no relacionado con trabajo? ☐ Si ☐ No
(Ejemplos incluyen: manutención de niños, dividendos, intereses, pensión, seguro social, desempleo, becas educacionales, compensación de trabajo)
Tipo de ingreso: Monto mensual recibido:

¿Ha recibido usted alguna vez ayuda a familias con hijos dependientes (AFDC sigla en inglés), o asistencia temporal a familias con necesidades (TANF sigla en inglés)? ☐ Si ☐ No
Ultima fecha de elegibilidad de AFDC/TANF:

Please complete the chart below with the names of each child who you are requesting payment to this provider for, and the child's regular weekly schedule.

Child's Name and Age	Date care started	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday

Provider's Name & Address:_____

Please complete the chart below with the names of each child who you are requesting payment to this provider for, and the child's regular schedule.

Child's Name and Age	Date care started	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday

Provider's Name & Address:_____

Please provide the name and address of a friend or relative who could be contacted in the event the Child Care Certificate Program is unable to reach you at the address and telephone numbers provided on your application:

Name of relative or friend: _____ Address_____

City_____ State_____ Zip_____ Telephone_____

I certify by my signature below that the above information is correct and complete.

Authorization to Supply Information

I hereby authorize the City of Boulder, Family Services, in the course of administering the CCSR Program, to supply information obtained directly from me, or from any other person, agency, or institution which has provided information to City of Boulder, Family Services, with my consent, to the following: any child care provider I may choose to use, any employer for whom I work, any school or training institution I may be attending, and/or Boulder County Department of Housing & Human Services (BCDHHS), administering the Colorado Child Care Assistance Program (CCCAP) in Boulder County.

Authorization to Release Information

I authorize the following persons, agencies, or institutions to supply information to City of Boulder, Family Services, concerning my application for or receipt of subsidized child care through the CCSR Program: any child care provider I may choose to use, any employer for whom I work, any school or training institution I may be attending, and/or Boulder County /Department of Housing & Human Services (BCDHHS), administering the Colorado Child Care Assistance Program (CCCAP) in Boulder County.

I also allow inspection and reproduction of records in their possession pertaining to me by any authorized representative of City of Boulder, Family Services. I release the person, agency, or institution from any and all liability for supplying such information.

Applicant's Signature _____ Date: _____

Favor de completar las columnas de abajo con los nombres de los niños por quienes usted está solicitando pago a este proveedor y los tiempos 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 usted está solicitando pago a este proveedor y los tiempos 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 por la presente autorizo a City of Boulder, Family Services, en el curso de la administración del Programa de CCSR, 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: _____