



Nombre del Caso:

**HORARIO DE TRABAJO:** Por favor escriba su horario típico de trabajo (circule am o pm)

¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____ _____		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Recibe usted seguro de salud de su empleador?  SI  NO

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta el trabajo?

**INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF/ESCUELA/ENTRENAMIENTO**

Nombre de la Escuela/Programa de Entrenamiento _____	Número de Teléfono _____
------------------------------------------------------	--------------------------

Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
-----------------	--------------	--------------	-------------------

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta la escuela?

**HORARIO ESCOLAR:** Por favor complete el siguiente horario (circule am o pm)

¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____ _____		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Vive en su hogar el otro padre o padrastro/madrastra de alguno de los niños?  
 NO (Vaya a Información de la Familia en la página 3)  SI (Complete la sección de abajo)

**INFORMACION DEL OTRO PADRE/MADRE/PADRASTRO/MADRASTRA**

¿Está trabajando el otro padre/madre o padrastro/madrastra?  SI  NO  
 ¿Está yendo a la escuela el otro padre/madre o padrastro/madrastra?  SI  NO  
 Si el otro padre/madre, padrastro/madrastra no trabaja ni va a la escuela, por qué él/ella no cuida al/los niño(s)?

Apellido del otro Padre/Madre/Padrastro/Madrastra _____	Nombre _____
---------------------------------------------------------	--------------

Número de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____
-------------------------------	---------------------------

**INFORMACION DE TRABAJO**

Nombre de la Compañía/Empleador _____	Título del Trabajo _____
---------------------------------------	--------------------------

Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
-----------------	--------------	--------------	-------------------

Número de Teléfono _____ Ext. _____	Fecha que empezó el trabajo: _____
-------------------------------------	------------------------------------

¿Es este un nuevo trabajo desde su última solicitud/redeterminación?  SI  NO

Si es SI, nombre del empleador anterior: _____	Fecha que terminó el trabajo anterior: _____
------------------------------------------------	----------------------------------------------

Ellos ganan (sin descontar impuestos): COMPLETE UNO  
 \_\_\_\_\_ por hora \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_ por mensual \_\_\_\_\_ por año

Le pagan (marque uno): <input type="checkbox"/> 1) Semanalmente <input type="checkbox"/> 2) Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 3) 2 Veces al Mes <input type="checkbox"/> 4) Mensualmente	Numero de Horas que Trabaja por Semana: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Nombre del Caso:

**HORARIO DE TRABAJO:** Por favor escriba su horario típico de trabajo (circule am o pm)

¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____ _____		LUN	MAR	MIE R	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESD E	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Recibe seguro de salud de su empleador? SI NO

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta el trabajo?

**INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF/ESCUELA/ENTRENAMIENTO**

Nombre de la Escuela/Programa de Entrenamiento Número de Teléfono

Dirección Ciudad Estado Zona Postal

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta la escuela?

**HORARIO ESCOLAR:** Por favor complete el siguiente horario (circule am o pm)

¿Varía su horario? Por Favor Explique: _____ _____ _____		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESD E	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

**INFORMACION DE LA FAMILIA**

¿Cuál es el tamaño de su familia? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos adultos hay en su familia? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos niños hay en su familia? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños reciben cuidado de niños? \_\_\_\_\_  
 Familia quiere decir el/la solicitante (usted); el padre biológico, padrastro/madrastra o padre adoptivo de alguien que requiere cuidado de niños que viven en su hogar; y sus niños biológicos o adoptivos que viven en el mismo hogar. Otras personas que son parientes suyos por sangre o por ley también pueden ser contadas si dependen de usted el 50% o más para mantenerse.

**INFORMACION DE INGRESOS:** Escriba el ingreso MENSUAL de todos los miembros de la familia contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso no aplica, escriba "N/A".

TIPO DE INGRESOS	CLIENTE	MIEMBROS DE LA FAMILIA	PARA USO DE LA OFICINA
<b>Ingreso Bruto de Empleo:</b> Incluya propinas. Escriba abajo cualquier ingreso de negocio propio. <b>Añada copias de los 2 talones de pago más recientes para cada persona.</b>			
<b>Ingreso de Negocio Propio</b>			
<b>Mantenimiento de Niños Recibido</b>			
<b>Asistencia Económica TANF</b>			
<b>Otro Ingreso Federal:</b> Por ejemplo, pagos de Seguro Social y beneficios del ferrocarril.			
<b>Otro Ingreso Mensual:</b> Por ejemplo, ingresos de intereses, regalías, pensiones, anualidades, pensión de esposo(a), asistencia mensual por adopción, compensación de desempleo, pagos del DCFS, pensión de veteranos, beneficios para sobrevivientes y pagos por deshabilidad permanente.			
<b>SUBTOTAL</b>			
RESTE: Pagos de Mantenimiento de niños hecho por la familia del Solicitante			
<b>TOTAL</b>			

Nombre del Caso:

**Asistencia Económica para Vivienda Incluyendo Vales Con Valor Económico Específico:**  
(Para Reporte Federal, no cuenta cuando se suma el total de ingresos Mensuales de la Familia)

**PARA USO DE LA OFICINA: CUOTA DE LOS PADRES**

**ANOTE EL NOMBRE DE LOS NIÑOS CUIDADOS POR CADA PROVEEDOR** Si sus niños van a la escuela, pre escuela, o a Headstart durante el día, anote sólo las horas que ellos están con el proveedor de cuidado. (Este no es un Formulario para Cambio de Proveedor).

**#1 Nombre del Proveedor:**

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM

**#2 Nombre del Proveedor:**

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM

**#3 Nombre del Proveedor:**

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		DESDE	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM
		HASTA	βM	βM	βM	βM	βM	βM	βM

Yo certifico que:

- Todas las declaraciones de arriba son verdaderas;
- La información entregada es verdadera, correcta y precisa;
- La información proveída será entregada sólo para propósitos administrativos y que se me puede requerir verificar la información que he proveído;
- Entiendo que soy responsable por pagar a mi proveedor una parte del costo de mi cuidado de niños (cuota de los padres) y que la falta de hacerlo puede resultar en la pérdida de beneficios para cuidado de niños;
- Entiendo que tengo el derecho de apelar y de tener una audiencia imparcial de quejas;
- Entiendo que dar información falsa o la falta en corregir información puede resultar en ser referido a juicio por fraude.

Firma del/la Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_