

Estes Valley Inversion en Exito Infantil

Beca para Cuidado Infantil Aplicación

Nombre del Niño _____ Nacimiento Fecha _____
Nombre del Niño _____ Nacimiento Fecha _____
Nombre del Niño _____ Nacimiento Fecha _____

Estructura Familiar Mono Parental
Dos Padres
Guardián (pariente)
Otro (describa) _____

Por favor llene este formulario por cada adulto en casa.

Madre/Guardián Nombre _____ Casa Tel. _____
Dirección _____ Trabajo Tel. _____
_____ Cell Tel. _____
_____ Email _____
Edad _____

Empleador _____ Tiempo Completo? Si

Preparatoria diploma o GED? Si No

Otra educación _____

Al momento matriculado en un programa educacional? Si No

Si si, describa _____

Padre/Guardián Nombre _____ Casa Tel. _____
Dirección _____ Trabajo Tel. _____
_____ Cell Tel. _____
_____ Email _____
Edad _____

Empleador _____ Tiempo Completo? Si

Preparatoria diploma o GED? Si No

Otra educación _____

Al momento matriculado en un programa educacional? Si No

Si si, describa _____

Nombres y relaciones de todas las personas que viven con usted
Por favor incluya todos los adultos y niños y las edades de los otros niños.

Idioma(s) que se habla(n) en la casa: _____

Estes Valley Inversion en Exito Infantil

Beca para Cuidado Infantil Aplicación

Razón por la que el Infante

Requiere Cuidado

- Padre(s) trabajan
- Padres(s) en escuela
- Niño tiene una
- necesidad especial
- Otra (describa) _____

Días/Horas que Necesita Cuidado

Niño Nombre _____ Días/Horas _____
 Niño Nombre _____ Día/Horas _____

Proveedor Información

Nombre _____
 Dirección _____
 Teléfono # _____
 El/la niño/a está matriculado al momento Si

Programas de Asistencia para los que califica/está recibiendo ayuda

(por favor marque todo lo que se aplica y adjunte copias de trajetas de verificación)

	Califica	Recibe	
Food stamps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Almuerzo Gratis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Almuerzo Barato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soporte CCAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHP+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud escala pagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describa _____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describa _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por cuanto tiempo usted anticipa necesitar asistencia _____

Pasos que usted está tomando para disminuir su necesidad de ayuda

Estes Valley Inversion en Exito Infantil Beca para Cuidado Infantil Aplicación

Por favor llene la información por cada trabajo y cada adulto en la casa, que recibe remuneración. Después de completar la aplicación anexe los recibos de pago del último mes.

Empleador Nombre _____ Tel. _____
Salario por Hora _____
Promedio Horas/Mes _____

Promedio Ingreso Bruto Mensual _____ Promedio propinas (si es aplicable) _____

Como le pagan Mensual Semanal Quincenal

Empleador Nombre _____ Tel. _____
Salario por Hora _____
Promedio Horas/Mes _____

Promedio Ingreso Bruto Mensual _____ Promedio propinas (si es aplicable) _____

Como le pagan Mensual Semanal Quincenal

Empleador Nombre _____ Tel. _____
Salario por Hora _____
Promedio Horas/Mes _____

Promedio Ingreso Bruto Mensual _____ Promedio propinas (si es aplicable) _____

Como le pagan Mensual Semanal Quincenal

Otras Fuentes de Ingreso de la Familia

Subvenciones/Becas	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
Soporte Infantil	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
TANF	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
Desempleo	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
Soporte Familiar	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes
Otro (describa)	<input type="checkbox"/>	\$ _____ por mes

Ingreso Total de la Familia : \$ _____ por mes

Por favor adjunte copias de recibos de pago recientes, verificando ingresos.

Circunstancias financieras especiales que le gustaría sean consideradas

Estes Valley Inversion en Exito Infantil

Beca para Cuidado Infantil Aplicación

Con mi firma a continuación certifico que la información anterior es verdadera y completa. Entiendo que tengo la obligación de informar cualquier cambio dentro del mes posterior al cambio (cambio en el ingreso, tamaño de la familia, situación laboral, etc.) a Estes Valley Investment in Childhood Success. También entiendo que la asistencia se dará por terminada si no pago la tarifa de padres determinada por EVICS. Le doy permiso a EVICS para verificar la información que aparece en esta aplicación.

Aplicante Firma

Fecha

Autorización para Suministrar Información

Por la presente autorizo a EVICS a que proporcione la información obtenida de mí a cualquier proveedor de cuidado infantil que pueda usarla, a cualquier empleador para el que yo trabaje o a cualquier escuela a la que asisto.

Autorización para Liberar Información

Autorizo a cualquier proveedor de cuidado infantil que pueda elegir, a cualquier empleador para el que trabaje, a cualquier escuela a la que asisto o a cualquier programa para el cual califico para dar información a EVICS sobre mi solicitud de cuidado infantil subsidiado a través del Fondo de Becas de Atención para Niños de EVICS. Libero a la (s) persona (s), agencia (s) o institución de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

Aplicante Firma

Fecha

Consentimiento de Divulgación de Información para el Propósito de la Evaluación

Yo entiendo que EVICS tendrá acceso a la información de mi familia para la base de datos con el propósito de hacer un programa de Evaluación y un Programa de Mejoramiento.

Esta base de datos no compartirá mi información con ninguna persona o entidad.

Mi nombre y la información de identificación nunca aparecerá en algún reporte.

Si declino compartir mi información yo no seré negado los servicios ofrecidos por el Centro de Soporte a las Familias EVICS.

He leído y acepto lo anterior:

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor devuelva este formulario llenado, firmado a:

EVICS, PO Box 3373 Estes Park, CO 80517
o déjelo en las oficinas de EVICS, 1182 Graves Ave., Unit A, o envíelo por email a
Rosemary Truman a office@evics.org.

Para Preguntas o asistencia por favor llame al 970-586-3055.

Estes Valley Inversion en Exito Infantil

Beca para Cuidado Infantil Aplicación



Family Resource
Center Association

Asociación de Centros de Recursos Familiares
Questionario y Formulario demográfico

[your logo here]

Nombre y Apellido _____ Fecha de hoy _____

Fecha de Nacimiento _____ Condado de residencia _____

Género

- Masculino
 Femenino
 Transgénero

Número total de miembros de la familia
(incuyéndote a ti mismo) _____

Ingresos mensuales del hogar _____

(Definición: Ingreso de todos los miembros de la familia antes de impuestos. No incluyendo beneficios de capital o beneficios no monetarios como Medicaid, vivienda pública, estampillas de comida pero si incluye todos los beneficios monetarios. Si el ingreso mensual varia (ej. Empleo estacional), divida el ingreso anual por 12 para obtener el ingreso mensual.) ¿Ha estado en nuestro centro antes?

Etnicidad (seleccione todos los que apliquen)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Hispano o Latino
 Caucásico o blanco
 Hawaiano u Nativo de otra isla del Pacífico
 Prefiero no responder

¿Ha estado en nuestro centro antes?

- Si No

- ¿Usted o otro adulto en el hogar empleado tiempo completo?
 Si No
- ¿Tiene alogamiento estable?
 Si No
- ¿Por lo general puede llegar a donde necesita a través de un vehículo personal o transporte público?
 Si No
- ¿Puede obtener los suficientes alimentos para usted y su familia?
 Si No
- ¿Ha terminado la preparatoria o ha obtenido su GED?
 Si No
- ¿Todos en su familia tienen seguro medico?
 Si No
- Si esta a cargo de un niño:**
7. ¿Tiene cuidado de niños de alta calidad
 Yes No N/A
8. ¿Todos los niños en edad escolar están matriculados en la escuela?
 Yes No N/A