



# FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CCDF) / PRESOLICITUD PARA ON MY WAY

Formulario del Estado 56895 (R / 7-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

**INSTRUCCIONES:** La presolicitud puede renovarse cada noventa (90) días. Este proceso se inicia en la Agencia de Admisión, por correo. Informe a la agencia sobre cualquier cambio que se haga sobre su solicitud, inclusive la dirección.

Fecha en que se completa <i>(mes, día, año)</i>	Número de teléfono (      )	Apellido	Nombre
Dirección <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>			Dirección de correo electrónico
Usted: <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela		Si está trabajando, recibe su paga: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Su cónyuge / el padre de su hijo vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, dicha persona: <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela	
¿Usted o su cónyuge están inscritos en un programa de Educación / Capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si está trabajando, recibe su paga: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otro:	
		¿Usted o su cónyuge actualmente tienen una licencia médica o por maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Complete la tabla que se presenta a continuación con la información de **TODAS** las personas que viven en el hogar, inclusive usted.

Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento <i>(Mes, día, año)</i>	¿El niño necesita servicios de cuidado infantil?	¿El niño tiene necesidades especiales? <i>(Ver nota)</i>	Relación con el solicitante	¿Padres de acogida con licencia?	Otras fuentes de ingresos
		N/D	N/D	Soy el solicitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pensión alimentaria: \$                      por mes
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguridad Social: \$                      por mes
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N/A	TANF*: \$                      por mes <i>* Documentación necesaria.</i>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N/A	Desempleo: \$                      por mes
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N/A	Otro: \$                      por mes

**Nota sobre necesidades especiales:** El niño debe estar inscripto en alguno de los siguientes programas: Children with Special Health Care Services, First Steps, Public School Special Education (IEP) o Head Start (con diagnóstico profesional de discapacidad); debe recibir Seguridad de Ingreso Suplementario o debe tener la declaración de un profesional de la salud. *(Se debe enviar documentación)*

## OTRAS PREGUNTAS

¿Usted y su familia actualmente viven en un refugio para personas sin hogar o para víctimas de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted y su familia actualmente viven en un automóvil, parque u otro lugar público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Los bienes de su familia (dinero en efectivo, fondos de retiro, propiedades inmueble e inversiones) suman un total de un millón de dólares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todas las categorías que describan mejor quién cuida actualmente a sus hijos.		
<input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Infantil con Licencia	<input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado Infantil con Licencia	<input type="checkbox"/> Guardería de ministerio registrado sin licencia
<input type="checkbox"/> Programa antes o después de la escuela	<input type="checkbox"/> Club de niños / niñas	<input type="checkbox"/> Niñera (en mi propio hogar)
<input type="checkbox"/> Amigo / Familiar / Vecino	<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Preescolar
<input type="checkbox"/> Nadie en este momento	<input type="checkbox"/> Otro:	

## DECLARACIÓN DE AFIRMACIÓN

Por la presente certifico que toda la información provista es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que **enviar esta solicitud no asegura que se provean los servicios**. Además, comprendo que se me pedirá que verifique la información brindada en esta presolicitud **cuando complete una solicitud de servicios, si es que lo hago**.

Firma del solicitante	Nombre en letra de imprenta del solicitante	Fecha <i>(mes, día, año)</i>
-----------------------	---	------------------------------