

Formulario de Inscripción para el Cuidado Infantil para Trabajadores Esenciales COVID-19

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO-

SI USTED, O CUALQUIERA EN SU HOGAR, HA SIDO POSITIVO PARA COVID-19, TIENE UN CASO 'BAJO INVESTIGACION' O HA SIDO DETERMINADO PRESUNTO POSITIVO Y LE HAN PEDIDO QUE SE QUEDE EN CUARENTENA, NO APLIQUE PARA SERVICIOS DE CUIDADO DE HIJOS Y SEGUIR EL CONSEJO DE PROFESIONALES DE CUIDADO DE SALUD.

El lugar más seguro para los niños es el hogar. Los hogares de dos padres no recibirán cuidado infantil subsidiado si uno de los padres no está trabajando y está disponible para cuidar al niño.

Complete la siguiente información para el padre o cuidador que es un Trabajador Esencial COVID-19 que necesita cuidado infantil para sus hijos.

¿Es usted un cliente actual de servicios de cuidado infantil? Por favor, coloque una marca de verificación por su respuesta a continuación:

Sí: No: Inseguro:

| | | |
|-----------|----------------|-------------------------|
| Apellido: | Primer Nombre: | Segundo nombre/Inicial: |
|-----------|----------------|-------------------------|

| |
|----------------------|
| Fecha de nacimiento: |
|----------------------|

| | | | |
|--------------------------|---------|----------------|----------|
| Dirección de residencia: | Ciudad: | Código postal: | Condado: |
|--------------------------|---------|----------------|----------|

| | | | |
|-------------------------------------|---------|----------------|----------|
| Dirección postal (si es diferente): | Ciudad: | Código postal: | Condado: |
|-------------------------------------|---------|----------------|----------|

| | |
|-------------------|----------------------|
| Teléfono de casa: | Teléfono de Celular: |
|-------------------|----------------------|

| | |
|-------------------------|---------------------|
| Teléfono en el trabajo: | Correo electrónico: |
|-------------------------|---------------------|

Después de enviar este formulario, el personal de Workforce Solutions se pondrá en contacto con usted y se le pedirá información personal adicional por teléfono, incluyendo, entre otros, género, número de seguro social y raza/etnicidad.

Complete la siguiente sección con información para los niños que necesitan cuidado infantil:

| Primer Nombre | Segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento | Ciudadano de EE.UU. o Estado de Inmigración ¹ (Escriba la respuesta para cada niño) | Género (M/F) |
|---------------|----------------|----------|---------------------|---|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ Si su hijo es un extranjero calificado/residente, el personal de Workforce Solutions se pondrá en contacto con usted para presentar documentación. Se aceptarán fotos y copias digitales de la documentación.

Qué ocupación lo califica como trabajador esencial durante la pandemia de COVID-19? Coloque una marca de verificación en la categoría de ocupación que mejor lo describa:

| | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Farmacia | <input type="checkbox"/> | Entrega de Correo | <input type="checkbox"/> |
| Hospitales | <input type="checkbox"/> | Personal militar | <input type="checkbox"/> |
| Gobierno Local o Estatal | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| Entrega de alimentos o restaurantes | <input type="checkbox"/> | Por favor describa otro a continuación: | |
| Socorrista | <input type="checkbox"/> | | |
| Gasolinera | <input type="checkbox"/> | | |
| Cuidado de Niños, atención médica domiciliar a personas mayores, otro Cuidador | <input type="checkbox"/> | | |

Formulario de Inscripción para el Cuidado Infantil para Trabajadores Esenciales COVID-19

Ingrese el nombre y la dirección del empleador actual a continuación:

¿Por qué necesita cuidado temporal en este momento? Por favor, coloque una marca de verificación en la casilla junto a todas las razones que se aplican:

| |
|---|
| El proveedor regular de cuidado infantil del niño está temporalmente cerrado <input type="checkbox"/> |
| La escuela del niño está temporalmente cerrada <input type="checkbox"/> |
| El proveedor regular de cuidado infantil del niño tiene una capacidad limitada y no puede cuidar a mi hijo <input type="checkbox"/> |
| El niño generalmente se queda con un amigo/familia que ya no puede cuidar a mi hijo <input type="checkbox"/> |
| El proveedor regular de cuidado infantil del niño ha cerrado <input type="checkbox"/> |
| Otro <input type="checkbox"/> |
| Por favor describa: |

Según el tamaño de la familia*, ¿sus ingresos están por debajo de estos límites anuales o mensuales?**

Por favor, coloque una marca de verificación por su respuesta:

| |
|-----------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> |

| Tamaño de la Familia | Ingreso anual del hogar (Aproximadamente 150% State Median Income) a o por debajo | Ingreso mensual del hogar (Aproximadamente 150% State Median Income) a o por debajo |
|----------------------|--|--|
| 2 | \$80,000 | \$6,700 |
| 3 | \$99,000 | \$8,200 |
| 4 | \$118,000 | \$9,800 |
| 5 | \$136,000 | \$11,300 |
| 6 | \$155,000 | \$13,000 |
| 7 | \$159,000 | \$13,200 |
| 8 | \$162,000 | \$13,500 |
| 9 | \$166,000 | \$13,800 |
| 10 | \$169,000 | \$14,100 |

* El tamaño de la familia consiste en aquellos en el hogar que pueden ser reclamados como dependientes de una declaración de impuestos federal o un menor que es responsabilidad del padre/ solicitante.

**Los ingresos no incluyen asistencia federal o estatal o manutención infantil y son sus ingresos antes de que se consuelen los impuestos.

Al firmar este documento, usted acepta la siguiente declaración:

Certifico que soy un empleado esencial en mi lugar de trabajo, que está proporcionando servicios esenciales a los tejanos durante la pandemia COVID-19, y no tengo acceso a una opción de cuidado infantil alternativa segura y saludable durante la pandemia.

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y el cuidado de los niños puede ser terminado si se encuentra que alguna de esta información es incorrecta. Entiendo que dar información falsa puede constituir fraude y podría dar lugar a la persecución y/o reembolso de dinero por servicios por los que no tenía derecho.

Las Firmas Electrónicas son aceptables. Si completa en línea, por favor escriba su nombre en el espacio de firma.

| | |
|------------------------------|--------|
| Firma del Padre/Tutor Legal: | Fecha: |
|------------------------------|--------|

Por favor envíe su solicitud completa a:

childcareconnect@ruralcapital.net

Si tiene alguna pregunta, por favor llame 512-260-1937 Ext. 4001.