

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE BECAS DEPC

Para ser elegible para el programa de Becas Down East Partnership for Children, el niño y la familia deben cumplir con los siguientes requisitos:

- La familia vive en los condados de Nash o Edgecombe
- El niño tiene entre 0 y 4 años y NO es elegible para servicios pre-k
- Padre/Tutor es:
 - Trabaja un promedio de 30 horas por semana
O
 - Esta inscrito como estudiante de tiempo completo
 - Tiene una combinación de horas de trabajo y horas escolares que equivalen a un promedio de 30 horas por semana.
- El ingreso bruto de la familia es superior o inferior al 85% del nivel de Ingresos Medios del Estado

Complete la solicitud COMPLETA e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- Certificado de nacimiento
- Dos meses de talones de pago para los padres/tutores en la casa del niño solicitado o un formulario de salario firmado por el empleador
- Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: WFFA, Seguro Social (SSA), Discapacidad SSI, Manutención de Niños, etc.
- Horario de clases para cualquier padre/tutor que asista a la escuela
- Prueba de residencia - LA SOLICITUD NO SE PROCESA SIN LA CONFIRMACION DE RESIDENCIA

Revise toda la información para asegurarse de que ha rellenado completamente el formulario de solicitud.

****Debe firmar a continuación****

- Entiendo que se puede solicitar información adicional después de que se haya determinado mi elegibilidad para el programa de Becas DEPC.
- Certifico que toda la información contenida en esta solicitud está sujeta a verificación, es verdadera y correcta, y que todos los ingresos se informan lo mejor de mi capacidad.

Firma del Padre/Tutor que completa este formulario: _____ Fecha: _____

**Si el tutor firma, se requerirá documentación oficial de la tutela.*

Sólo para uso de agencia: Puntuación de riesgo: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

PRIMER PADRE/GUARDIANO – El niño debe estar viviendo en el mismo hogar que la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación.

Nombre del Padre/Tutor: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardián/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Domicilio: <i>(Incluya zip)</i> _____ _____	Dirección postal: <i>(Si es diferente de casa – Incluya zip)</i> _____ _____
¿Cuántas direcciones han tenido usted y su hijo en el último año? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 8 or mas	
Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____	
origen étnico: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <i>(por favor marque todos los que se aplican)</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Otro: _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda
Empleo/Estado escolar: <i>(marque todos los que correspondan)</i>	** Si usted unrequempleado debe ser 2 meses de talones de pago o hacer que su cuenta complete el formulario de adjunto.
<input type="checkbox"/> Empleado/Autónomo** <i>(Fecha en que te contrataron: _____)</i> <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir al trabajo Tlloviendo <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> En la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Abandonó la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria or GED <input type="checkbox"/> En la universidad <input type="checkbox"/> Graduado Universitario <input type="checkbox"/> Máster's Grado

¿Hay otro padre o tutor que viva en el hogar con el niño? Sí NO

Si no hay un segundo padre en la casa debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta

SEGUNDO PADRE/GUARDIANO – Sólo completo si el segundo padre vive en el hogar.

Nombre del Padre/Tutor: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardián/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
origen étnico: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <i>(por favor marque todos los que se aplican)</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Otro: _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda
Empleo/Estado escolar: <i>(marque todos los que correspondan)</i>	** Si usted unrequempleado debe ser 2 meses de talones de pago o hacer que su cuenta complete el formulario de adjunto.
<input type="checkbox"/> Empleado/Autónomo** <i>(Fecha en que te contrataron: _____)</i> <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir al trabajo Tlloviendo <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> En la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Abandonó la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria or GED <input type="checkbox"/> En la universidad <input type="checkbox"/> Graduado Universitario <input type="checkbox"/> Máster's Grado

CINFORMACIÓN HILADA

Por favor complete la información para cada niño que necesite servicios.

#1 INFANTIL

Nombre completo del niño: <i>(como en el certificado de nacimiento)</i> _____		Fecha de nacimiento del niño: _____	
Género del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer	Raza del niño/etnicidad: <i>(marque todos los que correspondan)</i>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Idioma del niño: Si su hijo ha comenzado a hablar, ¿qué idioma se habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros _____		Estado de la familia: <i>(marque sólo uno)</i>	
Este niño vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardián/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información de cuidado infantil:		¿Está recibiendo actualmente asistencia financiera para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, el nombre de agencia _____	

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Su hijo ha recibido alguno de los siguientes servicios en el último año?

IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado): Sí NO No lo sé

IEP (Plan de Educación Individualizado): Sí NO No lo sé

¿Su hijo tiene un desafío de desarrollo o educativo? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Su hijo tiene un desafío físico o una enfermedad crónica? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, sírvase explicar:

HIJOS

Nombre completo del niño: <i>(como en el certificado de nacimiento)</i> _____		Fecha de nacimiento del niño: _____	
Género del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer	Raza del niño/etnicidad: <i>(marque todos los que correspondan)</i>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Idioma del niño: Si su hijo ha comenzado a hablar, ¿qué idioma se habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros _____		Estado de la familia: <i>(marque sólo uno)</i>	
Este niño vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardián/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información de cuidado infantil:		¿Está recibiendo actualmente asistencia financiera para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, el nombre de agencia _____	

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Su hijo ha recibido alguno de los siguientes servicios en el último año?

IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado): Sí NO No lo sé

IEP (Plan de Educación Individualizado): Sí NO No lo sé

¿Su hijo tiene un desafío de desarrollo o educativo? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Su hijo tiene un desafío físico o una enfermedad crónica? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, sírvase explicar:

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe - escriba en \$0 si no se recibe ninguna.

WFFA (Trabajo primero): \$ _____ per mes	Beneficios de Desempleo: \$ _____ por mes
Seguro Social (SSA): \$ _____ per mes	Discapacidad SSI: \$ _____ per mes
Manutención infantil: \$ _____ por mes	Otro: _____ \$ _____ por mes

Debe proporcionar documentación por escrito para todas las fuentes de ingresos adicionales

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor, enumere cada persona que vive en la dirección de casa *reportada en esta solicitud, incluyendo el niño*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	<i>01/01/1988</i>	<i>Madre</i>

Número total de miembros de la familia en el hogar (incluido el niño): _____

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

- Inglés Español Árabe Chino Hindi Vietnamita Otro: _____ (por favor especifique)

Cuál describe mejor la situación actual de vida de su familia:

- Permanente Hotel/ Motel
 Refugio para personas sin hogar o de emergencia Falta de dirección nocturna permanente
 Refugio para mujeres o niños maltratados

Por favor, compruebe cualquiera de los siguientes desafíos familiares que experimentó en el último año:

- Horas de trabajo reducidas o despedidas del trabajo Desafío físico o enfermedad crónica
 Abuso Servicios de salud mental
 Encarcelamiento Violencia doméstica
 Denuncia de abuso y/o negligencia infantil

FORMULARIO DE SALARIO

Reclutamiento de Atención y Educación para la Primera Infancia/Referencia

Con el fin de determinar la elegibilidad para el programa de Becas Smart Start de la Asociación Para Niños de D, es necesario que usted proporcione una prueba de ingresos.

Si usted no tiene talones de pago, por favor haga que su empleador actual complete y firme el siguiente formulario. Por favor, indique los salarios brutos durante dos meses antes del mes actual. Por favor complete para cada padre/tutor.

Nombre Padre/Guardián #1: _____

Nombre del empleador: _____

Fecha de contratación: _____ Tasa de pago por hora: \$ _____ Horas trabajadas por semana _____

Cheque recibido: Una vez por semana Cada dos semanas dos veces al mes (por ejemplo, 1st & 15th) Una vez por Mes

Por favor complete: (Utilice los últimos 2 meses de los períodos de pago) **INCLUYENDO HORAS EXTRAS**

Fecha de pago (recibido)	Salario bruto (antes de las deducciones)	N.o de horas trabajadas (por período de pago)	Pago regular	Pago de horas extras

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

Empleador/Empresa: _____

Nombre Padre/Guardián #2: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador#: _____

Fecha de Contratación: _____ Tasa de Pago por hora: \$ _____ Horas trabajadas por semana _____

Cheque recibido: Una vez por semana Cada dos semanas dos veces al mes (por ejemplo, 1st & 15th) Una vez por Mes

Por favor complete: (Utilice los últimos 2 meses de los períodos de pago) **INCLUYENDO HORAS EXTRAS**

Fecha de pago (recibido)	Salario bruto (antes de las deducciones)	N.o de horas trabajadas (por período de pago)	Pago regular	Pago de horas extras

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

Empleador/Empresa: _____

