



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner  
Policy, Procedures, and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #08-130-OPE

*(This Policy Bulletin Obsoletes PB #02-183-EMP)*

### OBsolete TRANSITIONAL CHILD CARE FORMS

<b>Date:</b> October 16, 2008	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff at Job Centers that the Application For Transitional Child Care Payments (<b>W-560A</b>) and the Request for Information from Employer (<b>W-560U</b>) are now obsolete.</p> <p>These Family Independence Administration (FIA) forms were used by the Transitional Child Care Unit (TCCU) only. Since the TCCU is now under New York City's Administration for Children's Services (ACS), these forms are no longer used.</p> <p>Form <b>W-560A</b> has been replaced by ACS' Application for Child Care Subsidy (<b>CS-925</b>).</p> <p>Form <b>W-560U</b> has been replaced by ACS' Referral to Employer for Employee Income Information (<b>ACD 1069</b>).</p> <p>As a result, Policy Bulletin #02-183-EMP is also obsolete.</p> <p>Center Directors must ensure that all versions of forms <b>W-560A</b> and <b>W-560U</b> are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Related Items:</b></p> <p><a href="#">PB #07-29-EMP</a>  <a href="#">PD #01-39-ELI</a></p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**Attachments:**

- W-560A** Application For Transitional Child Care Payments (Rev. 7/21/00) Obsolete
- W-560U** Request for Information from Employer (Rev. 8/15/02) Obsolete
- CS-925** Application For Child Care Subsidy (Rev. 5/07)
- CS-925 (S)** Application For Child Care Subsidy)(Spanish) (Rev. 5/07)
- ACD 1069** Referral To Employer For Employee Income Information (Rev. 6/02)

# APPLICATION FOR TRANSITIONAL CHILD CARE PAYMENTS

Applicant's Name: \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (MI.)

Address: \_\_\_\_\_  
# (Street) (Apt. #) (Boro) (Zip Code)

Phone Numbers: Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Work : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Former P.A. Case Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Do you need child care in order to work? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Where do you work? \_\_\_\_\_

Start date at your job: \_\_\_\_\_ Rate of pay: \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ Per: \_\_\_\_\_

What hours do you work? From \_\_\_\_\_ AM/PM To: \_\_\_\_\_ AM/PM  
Number of days per week: \_\_\_\_\_

Other household income: Child Support: \$ \_\_\_\_\_ per week SSI: \$ \_\_\_\_\_ Social Security: \$ \_\_\_\_\_  
Other (specify): \$ \_\_\_\_\_

List the names of all children living with you and tell us who provides day care, if used:

Child's Name	Date of Birth	Child Care Provider's Name and Address

### OTHER FAMILY MEMBERS LIVING WITH YOU:

Name	Date of Birth	Social Security Number	Relationship To Child(ren)

I agree to inform the Human Resources Administration promptly of any change in my needs, income, property, living arrangements, address of Child Care Provider, to the best of my knowledge or belief.

I understand that by signing this form, I agree to any investigation made by the Human Resources Administration to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for *Transitional Child Care* benefits.

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE PAGO PARA CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN

**Nombre de Solicitante:**

(Apellido)

(Primero)

(Iniciales)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(# de Calle)

(# de Apt.)

(Condado)

(Zona Postal)

**Número de Teléfono:** Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de Caso de Asistencia Publica (antiguo):** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Necesita usted cuidado para niños para poder trabajar?  Si  No

¿Donde trabaja usted?

**Fecha que comenzó a trabajar:** \_\_\_\_\_ **Tarifa de pagos:** \$ \_\_\_\_\_ **Por:**

¿Cuántas horas trabaja usted? De \_\_\_\_\_ AM/PM A \_\_\_\_\_ AM/PM

Días a la semana:

**Otros ingresos domésticos:** Manutención para Niños: \$ \_\_\_\_\_ SSI: \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

Otros (sea específico): \$ \_\_\_\_\_

**Haga una lista de los nombres de todos los niños que viven con usted, y díganos quien provee cuidado para niños durante el día:**

Nombre de Niño	Fecha de Nacimiento	Nombre y Dirección del Proveedor para el cuidado de Niño(s)

### OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE VIVEN CON USTED

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco con su(s) Niño(s)

Acepto informarle inmediatamente a la Administración de Recursos Humanos si ocurren cambios en mis necesidades, ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, dirección del proveedor para cuidado, a mi mejor entendimiento y creencia.

Yo entiendo que firmando éste formulario, yo acepto cualquier investigación iniciada por la Administración de Recursos Humanos para verificar ó confirmar la información que yo he brindado, ó cualquier otra investigación hecha por ellos con respecto a mi solicitud de (*Transitional Child Care*) “beneficios para el cuidado para niños de transición.”

**Firma de Solicitante:** \_\_\_\_\_

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



WORK RELATED BENEFITS PROGRAM  
109 EAST 16TH STREET, NEW YORK, N.Y. 10003

### Request for Information from Employer

Employee's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code \_\_\_\_\_

The above named individual is requesting publicly funded child care services. To make a financial eligibility determination, it is necessary to verify income.

- Please list overtime (if any).
- Please DO NOT include time and leave penalties in " GROSS PAY."

#### TO BE COMPLETED BY EMPLOYER'S PERSONNEL OR PAYROLL DEPARTMENT

Start Date of Employment: \_\_\_\_\_ No. Of Work Days per Week: \_\_\_\_\_

Daily Hours: FROM \_\_\_\_\_ AM / PM TO \_\_\_\_\_ AM / PM

Please check appropriate response boxes below

Regular Work Days:  MON  TUES  WED  THURS  FRI  SAT  SUN

Gross Pay \$ \_\_\_\_\_ per  week  bi-weekly  month  annum

Overtime Pay \$ \_\_\_\_\_ per  week  bi-weekly  month  annum

Other Pay \$ \_\_\_\_\_ per  week  bi-weekly  month  annum

**COMPLETE THIS SECTION ONLY IF SALARY FLUCTUATES**

NOTE: If employee's salary fluctuates from week-to-week please calculate the average salary for a three-(3) month period.

Average Monthly Salary for three (3) months \$ \_\_\_\_\_

Report any change in information to the Work Related Benefits Program at the address listed above.

NAME OF EMPLOYER \_\_\_\_\_

EMPLOYER'S ADDRESS \_\_\_\_\_

EMPLOYER'S FEDERAL I.D. NO. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_

SIGNATURE

TITLE

DATE

NOTE: IT MAY BE NECESSARY TO CONFIRM THE INCOME INFORMATION BY TELEPHONE

(Include in the Transitional Benefits package.)

# APPLICATION FOR CHILD CARE SUBSIDY

- NEW  
 RECERTIFICATION  
 TRANSITIONAL CHILD CARE

PLEASE PRINT IN ALL CAPITAL LETTERS

<b>OFFICE USE ONLY</b>	Case #:	Application Date: ____/____/____
------------------------	---------	----------------------------------

<b>Section 1 APPLICANT</b>	<b>LAST Name</b> (Please include any aliases or maiden names in parentheses):		<b>FIRST Name:</b>		<b>M.I.:</b>
	<b>ADDRESS Residence:</b>		<b>APT. #:</b>	<b>CITY/BOROUGH:</b>	<b>STATE:</b> <b>ZIP CODE:</b>
	<b>ADDRESS Mailing</b> (if different than above):		<b>APT. #:</b>	<b>CITY/BOROUGH:</b>	<b>STATE:</b> <b>ZIP CODE:</b>
	<b>TELEPHONE (Work):</b> ( ) _____		<b>TELEPHONE (Home):</b> ( ) _____		<b>TELEPHONE (Cell or Other):</b> ( ) _____
	Do you receive PA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PA #: _____		Do you receive Medicaid? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO MA #: _____		What is your primary language?

Please fill out the information below for your entire household. List yourself first, followed by everyone who lives with you.

<b>Section 2 FAMILY MEMBERS</b>	LAST Name <small>(PLEASE INCLUDE ANY ALIASES OR MAIDEN NAMES IN PARENTHESES)</small>	FIRST Name	M.I.	RELATIONSHIP	DOES THIS PERSON NEED CHILD CARE? YES/NO	BOTH OF CHILD'S PARENTS RESIDE IN THE HOME? YES/NO	DATE OF BIRTH MM/DD/YY	SEX M/F	HISPANIC OR LATINO YES/NO	RACE <small>(SEE LEGEND BELOW)</small>	SOCIAL SECURITY NUMBER <small>(OPTIONAL)</small>
	1.	SAMPLE									
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

**RACE:** 1. Native American or Alaskan Native    2. Asian    3. African American/ Black    4. Native Hawaiian/Pacific Islander    5. Caucasian/ White

For additional family members, please attach a separate sheet.

Include information for any spouse/other parent of the children applying for care who lives in the home.

**OFFICE USE ONLY**  
Family Size: \_\_\_\_\_

<b>Section 3 EMPLOYMENT</b>	<b>APPLICANT'S EMPLOYER Name:</b>		Hours per week:	Tel #: ( ) _____
	<b>ADDRESS:</b>		<b>CITY/BOROUGH:</b>	<b>STATE:</b> <b>ZIP CODE:</b>
	<b>APPLICANT'S Scheduled Days and Hours of Employment</b> (i.e.: Mon – Fri, 9 a.m. – 5 p.m.):		Does Job have a Rotation Shift? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Does Job Require O/T? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	<b>SPOUSE/OTHER PARENT EMPLOYER Name:</b>		Hours per week:	Tel #: ( ) _____
	<b>ADDRESS:</b>		<b>CITY/BOROUGH:</b>	<b>STATE:</b> <b>ZIP CODE:</b>
	<b>SPOUSE/OTHER PARENT Scheduled Days and Hours of Employment</b> (i.e.: Mon – Fri, 9 a.m. – 5 p.m.):		Does Job have a Rotation Shift? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Does Job Require O/T? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

<b>Section 4 CHILD/ FAMILY NEEDS</b>	Are you requesting child care primarily so that you can work? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Is the child for whom you are requesting care living with someone other than his/her mother or father? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	If not, please read the instruction section titled "Child/Family Needs" and write your reason for care here: _____		Does your child have any conditions that require special help or attention? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
			Does your child have health insurance? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

Please complete income information for yourself AND anyone applying with you. See instructions for documentation requirements.  
(This includes children in need of care, their parents, step-parent and any other children under the age of 18 in household.)

**PLEASE PRINT**

Section 5 OTHER INCOME EARNINGS	ITEM	GROSS INCOME	TYPE OF DOCUMENTATION	OFFICE USE MONTHLY CALCULATIONS	
	<b>APPLICANT:</b> Job earnings before deductions. <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other	\$			
	<b>SPOUSE/OTHER PARENT:</b> Job earnings before deductions. <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other				
	For all other income/ benefits please itemize below. Include the amount for yourself <b>AND</b> your spouse <b>AND</b> child(ren) who live with you.	<b>INCOME</b>	<b>FOR OFFICE USE ONLY DOCUMENTATION</b>		<b>FOR OFFICE USE ONLY CALCULATIONS</b>
	Alimony and/or child support. <b>(Received)</b> <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other				
	Unemployment and/or worker's compensation. <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other				
	Net income from self-employment and/or rental income. <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other				
<b>BENEFITS:</b> Social Security, SSI, Disability, Retirement and/or Pensions & Annuities. <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> semi-monthly <input type="checkbox"/> other					
<b>OTHER INCOME/BENEFITS</b> (Check All That Apply): <input type="checkbox"/> Cash or monetary assistance through the Temporary Assistance to Needy Families (TANF) program or Public Assistance (PA). <input type="checkbox"/> Housing voucher or cash assistance. <input type="checkbox"/> Food stamps. <input type="checkbox"/> Other federal cash income programs (such as SSI).					
<b>TOTAL INCOME:</b>		<b>\$</b>			

Section 6 PROVIDER

If your child is already in care, or you know the name of the program/provider where you plan to enroll your child, please list the provider name and address below. You may list a second choice.

Name: \_\_\_\_\_ **PROGRAM #** Name: \_\_\_\_\_ **PROGRAM #** Name: \_\_\_\_\_ **PROGRAM #**  
 Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Please check the types of care that you would consider if there are no available slots with the provider(s) you listed above or if you do not have a provider in mind:  Center Based Care  Head Start  Informal Care  Family Day Care

Section 7 CITIZENSHIP

Is/are the child/children for whom you are applying a U.S. citizen(s)?  YES  NO

If **Yes**, Parent/Guardian must sign and date to certify that the child/children in receipt of child care assistance/subsidy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ is/are a U.S. citizen(s).  
 PARENT/CARETAKER/WIFE/HUSBAND DATE

If **No**, your eligibility must be determined at the Resource Area (R.A.), please make an appointment at your R.A. and bring the documentation listed in the instructions for this form.

Section 8 CERTIFICATION

1. I understand that the information contained on this form will be used to determine my or my family's eligibility for services/subsidy and that the information will only be used for the purposes of determining child care eligibility.

2. The social security numbers (if provided) will not be released as they are confidential under federal law and can be released/used only for the purposes specified in federal law.

3. I agree to inform the agency immediately of any change in my income, living arrangement, household composition or address, where care is provided, who is providing child care, provider fees, hours for which child care is needed, and that New York State Law and Federal Law provides that any applicant may be investigated for fine or jail or both, for a person found guilty of obtaining child care assistance/subsidy by concealing information or providing false information.

4. I understand that this application is used only for the expressed purpose of child care subsidy. To obtain other assistance such as Food Stamps, Medicaid, Temporary Assistance, or other services, additional applications will be required.

5. I certify under the penalty of law that all the information I have supplied on this form is true and correct.

**Please provide the signature of the parent/caretaker who is applying for child care assistance or the signature of an authorized representative.**

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE PARENT/CARETAKER/WIFE/HUSBAND** DATE

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE AUTHORIZED REPRESENTATIVE** DATE

\_\_\_\_\_  
**PRINT NAME**

\_\_\_\_\_  
**PRINT NAME**

Section 9 OFFICE ONLY

Enrollment Application Completed by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 PRINT AND INITIAL DATE

ACS – Eligibility Approved by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 PRINT AND INITIAL DATE

Parent Fee: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 INITIAL DATE

Length of Eligibility: from: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 to: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

I.S. – Verified by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 PRINT AND INITIAL DATE

CODES: ♦RFC: \_\_\_\_\_ ♦PR: \_\_\_\_\_ ♦FS: \_\_\_\_\_

# APLICACIÓN PARA SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑOS

NUEVO  RECERTIFICACIÓN  
 TRANSICIÓN DE CUIDADO PARA NIÑOS

ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS

<b>OFFICE USE ONLY</b>	Case #:	Application Date: ___/___/___
------------------------	---------	-------------------------------

<b>Sección 1 APLICANTE</b>	APELLIDO (Por favor incluya cualquier alias o nombre de soltera en los paréntesis) :		NOMBRE:			I. M.:	
	DIRECCIÓN Residencial:			APTO. #:	CIUDAD/ BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
	DIRECCIÓN Postal (si es diferente que la de arriba):			APTO. #:	CIUDAD/ BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
	TELÉFONO (trabajo): ( ) _____		TELÉFONO (Hogar): ( ) _____		TELÉFONO (Celular u otro): ( ) _____		
	¿Recibe usted AP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AP #: _____		¿Recibe usted Medicaid? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AM #: _____		¿Cuál es su idioma primario?		

Por favor llene la información debajo para el hogar completo. Lístese usted primero seguido por todos los que viven con usted.

<b>Sección 2 MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>	#	APELLIDO (INCLUYA CUALQUIER ALIAS O NOMBRE DE SOLTERA ENTRE PARÉNTESIS)	NOMBRE	I.M.	PARENTESCO	¿ESTA PERSONA NECESITA CUIDADO DE NIÑOS? SI / NO	¿AMBOS PADRES DEL NIÑO RESIDEN EN EL HOGAR? SI / NO	FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AA	SEXO M/F	¿HISPANO O LATINO? SI / NO	RAZA (VEA LEYENDA DEBAJO)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)
	1.					YO MISMO/A						
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												

**RAZA:** 1. Indígena americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afroamericano/negro 4. Nativo de Hawai/Islas de Pacífico 5. Caucásico/blanco

Para miembros adicionales de la familia, adjunte una hoja separada.

Incluya información sobre cualquier cónyuge/otro padre del niño que está aplicando para el cuidado, que viva en el hogar.

**OFFICE USE ONLY**  
Family Size: \_\_\_\_\_

<b>Sección 3 EMPLEO</b>	EMPLEADOR DEL APLICANTE Nombre:		Horas a la semana:	Tel #: ( ) _____	
	DIRECCIÓN:		CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
	Días y horas de empleo programadas del <b>APLICANTE</b> (ej.: lunes – viernes, 9 a.m. – 5 p.m.):		¿El trabajo tiene turno rotativo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿El trabajo requiere horas extras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	EMPLEADOR DE CÓNYUGE/OTRO PADRE Nombre:		Horas a la semana:	Tel #: ( ) _____	
DIRECCIÓN:		CIUDAD/BOROUGH:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
Días y horas de empleo programadas del <b>CÓNYUGE/OTRO PADRE</b> (ej.: lunes – viernes, 9 a.m. – 5 p.m.):		¿El trabajo tiene turno rotativo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿El trabajo requiere horas extras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

<b>Sección 4 NECESIDAD-DES DEL FAM./ NIÑO</b>	¿Está solicitando cuidado de niños primordialmente para poder trabajar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿El niño para el cual solicita el cuidado vive con alguien que no sean sus padres? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Si no, lea la sección de instrucciones titulada "Necesidades de Familia/Niños" y escriba sus motivos para el cuidado aquí: _____		¿Su hijo tiene alguna condición que requiera ayuda o atención especial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Su hijo tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	



Complete la información sobre los ingresos para usted Y cualquier persona que aplique con usted. Vea las instrucciones para los requerimientos de documentación. (Esto incluye los niños necesitados de cuidado, sus padres, padrastros y cualquier otro niño menor de 18 años en el hogar.)

**POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE**

Sección 5 OTROS INGRESOS/GANACIAS	ARTICULO	INGRESOS BRUTOS	TIPO DE DOCUMENTACIÓN	OFFICE USE MONTHLY CALCULATIONS	
	<b>APLICANTE:</b> Ganancias del trabajo antes de las deducciones. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro	\$			
	<b>CÓNYUGE/OTRO PADRE:</b> Ganancias del trabajo antes de las deducciones. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
	Para todos los demás ingresos/beneficios desglose debajo. Incluya la cantidad para usted <b>Y</b> su cónyuge <b>Y</b> los niños que viven con usted.	<b>INGRESOS</b>	<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>		
	<b>Manutención y/o pensión alimenticia. (Recibida)</b> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro		<b>DOCUMENTATION</b>	<b>CALCULATIONS</b>	
	Desempleo y/o compensación obrera. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
	Ingresos netos de empleo propio y/o ingresos de renta. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
	<b>BENEFICIOS:</b> Seguro Social, SSI, Incapacidad, Jubilación y/o Pensiones & Anualidades. <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bi-semanal <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> otro				
	<b>OTROS INGRESOS/BENEFICIOS (marque todos los que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o asistencia monetaria a través del Programa de Asistencia a Familias Necesitadas (TANF) o Asistencia Pública (AP) <input type="checkbox"/> Comprobante de vivienda o asistencia en efectivo. <input type="checkbox"/> Estampillas alimenticias. <input type="checkbox"/> Otros programas federales de ingresos en efectivo (como SSI).				
	<b>INGRESOS TOTALES: \$</b>				

Sección 6 PROVEEDOR	Si ya su hijo está en cuidado, o usted conoce el nombre de un programa/proveedor adonde usted planea inscribir a su hijo, por favor liste el nombre y dirección del proveedor debajo. Puede listar una segunda opción.			
Nombre: _____	PROGRAM #	Nombre: _____	PROGRAM #	Nombre: _____
Dirección: _____		Dirección: _____		Dirección: _____
Marque los tipos de cuidado que usted consideraría si no hay espacio disponible con los proveedores que usted listó arriba o si no ha pensado en ningún proveedor: <input type="checkbox"/> Cuidado Basado en Centro <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Cuidado Informal <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar Diurno				

Sección 7 CIUDA-DANIA	¿El niño para cual usted solicita es ciudadano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si <b>SI</b> , el Padre/Tutor debe firmar y fechar para certificar que los niños que reciben las asistencia/subsidio de son ciudadanos norteamericanos.		_____/_____/_____ <b>FECHA</b>
Si <b>NO</b> , su elegibilidad debe ser determinada en el Área de Recursos (A.R.), por favor haga una cita en su A.R. y traiga la documentación listada en las instrucciones para este formulario.		_____/_____/_____ <b>FECHA</b>

Sección 8 CERTIFICACIÓN	1. Entiendo que la información obtenida en este formulario será usada para determinar mi elegibilidad o la elegibilidad de mi familia para servicios/subsidio y que la información solo será usada para determinar la elegibilidad para cuidado de niños.		cuidado y que la Ley provee que se investigue a cualquier aplicante por multa o cárcel o ambos, para una persona culpable de obtener asistencia/subsidio de cuidado de niños al ocultar Información o brindar falsa información.	
2. Los números de seguro social (si son dados) no serán revelados puesto que son confidenciales según ley federal y solo pueden ser revelados para los propósitos especificados en la ley federal.		4. Entiendo que esta aplicación se usa solo para el propósito expresado de subsidio de cuidado de niños. Para obtener otro tipo de asistencia tal como Estampillas de Alimentos, Medicaid, Asistencia Temporal u otros servicios, serán necesarias aplicaciones adicionales.		
3. Estoy de acuerdo en informar a la agencia inmediatamente sobre cualquier cambio en mis ingresos, condiciones de vida, composición familiar o dirección, donde se brinda el cuidado, quién lo está brindando, los cargos del proveedor, horas en que se necesita el		5. Certifico bajo pena de ley que toda la información que he brindado en este formulario es verdadera y correcta.		
<b>Provea la firma del padre/madre/cuidador que está aplicando para asistencia de cuidado de niños o la firma de un representante autorizado.</b>				
X _____		X _____		_____/_____/_____ <b>FECHA</b>
<b>FIRMA PADRE/MADRE/CUIDADOR/ESPOSO(A)</b>		<b>FIRMA REPRESENTANTE AUTORIZADO</b>		<b>FECHA</b>
_____ <b>NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</b>		_____ <b>NOMBRE EN LETRA DE MOLDE</b>		

SECTION 9 OFFICE ONLY	Enrollment Application Completed by:		Length of Eligibility:	
	PRINT AND INITIAL	DATE	from:	_____/_____/_____ to: _____
	PRINT AND INITIAL	DATE	I.S. - Verified by:	_____/_____/_____ PRINT AND INITIAL DATE
	INITIAL	DATE	<b>CODES: ♦ RFC: _____ ♦ PR: _____ ♦ FS: _____</b>	

## REFERRAL TO EMPLOYER FOR EMPLOYEE INCOME INFORMATION

Employee's Name: \_\_\_\_\_ Program Number: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ RA Address: \_\_\_\_\_

City, State & Zip Code: \_\_\_\_\_

Social Security No.: \_\_\_\_\_ Att.: \_\_\_\_\_

To be completed by employer's personnel or payroll department:  
The above named individual is requesting/receiving publicly funded day care services. To make a financial eligibility determination, it is necessary to verify income for the last three(3) months. Please list overtime, if any, in the appropriate column. Do NOT include time and leave penalties in the "REGULAR GROSS" column.

Period of Employment: Start Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Type of Work: \_\_\_\_\_ No. of Work Days Per Week: \_\_\_\_\_

Hours Daily: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Regular Gross: \_\_\_\_\_ Per: \_\_\_\_\_

Circle Regular Work Days: **MON** **TUE** **WED** **THU** **FRI** **SAT** **SUN**

PERIOD ENDING	HOURS WORKED	REGULAR GROSS PAY	OVERTIME/TIPS	OTHER EARNINGS	
				AMOUNT	TYPE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					

Name of Employer: \_\_\_\_\_

Employer's Address: \_\_\_\_\_

Employer's Federal ID Number: \_\_\_\_\_ Tel. No: ( ) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Note: It may be necessary to verify the income information by telephone.*