

# COVID-19 Solicitud para Padres de Asistencia Financiera para Cuidado Infantil de Emergencia

*Usted puede recibir cuidado infantil de emergencia gratuito por los meses de abril y mayo 2020 (sujeto a la disponibilidad de fondos) si usted es un trabajador esencial que responde a la crisis COVID-19, y tiene una necesidad de cuidado infantil de emergencia y no tiene ninguna otra opción de cuidado infantil, y tiene un ingreso familiar por debajo del límite permitido. Por favor complete y firme esta solicitud para asistencia financiera para cuidado infantil.*

**POR FAVOR LLENE Y ENVIE ESTE FORMULARIO DIRECTAMENTE A SU PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.**

## I. Información del Padre/Cuidado:

Nombre Legal:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

Dirección de la calle del hogar:

Apartamento/Suite:

EL LUGAR EN EL QUE VIVE ACTUALMENTE

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Dirección postal:

Apartamento/Suite:

DEJAR EN BLANCO SI ES LO MISMO QUE LA DIRECCIÓN FÍSICA

Celular:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Fecha de nacimiento:

## II. Información de los niños:

Haga una lista de todos los niños para los que necesita cuidado infantil de emergencia.

	Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
1				
2				
3				
4				

## III. Declaro que: POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS DE VERIFICACIÓN A CONTINUACIÓN.

- Actualmente no tengo opciones alternativas de cuidado infantil y sin cuidado infantil de emergencia mi hijo (o hijos) no tendría quien les cuide mientras trabajo.
- Mi hogar tiene \_\_\_\_\_ individuos, y mi ingreso familiar está por debajo del límite de ingresos basado en el número de personas en mi hogar (ver tabla a continuación):

Personas en el hogar	2	3	4	5	6	7	8
Límite de ingresos	\$51,720	\$65,160	\$78,600	\$92,040	\$105,480	\$118,920	\$132,360

\*Para hogares con más de 8 personas, agregue \$4,480 por cada persona adicional a partir de la novena persona.

\*Los hogares con ingresos por encima de los límites indicados no necesitan llenar este formulario para acceder a la atención y el proveedor les cobrará el precio completo.

- Soy un empleado esencial para negocios y operaciones durante el COVID-19, tal como hace referencia la [Orden Ejecutiva del Gobernador 121](#).

**Marque en qué categoría esencial de operaciones o negocios trabaja:**

- Personal de Emergencia, primeros auxilios, oficial de seguridad pública
- Personal de hospital, proveedor de servicios de salud de primera línea
- Personal de enfermería o cuidado de adultos
- Personal de cuidado infantil
- Personal de servicios de alimentos
- Otros empleados que trabajan para mantener a nuestras comunidades seguras y saludables durante el COVID-19 (escriba aquí su empleador):  
\_\_\_\_\_

**IV. ¿Alguna vez ha sido descalificado del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado?**  Sí  No

**V. ¿Tiene activos que excedan un (1) millón de dólares?**  Sí  No

**VI. ¿Necesita cuidado infantil de más de 55 horas por semana?**  Sí  No

Si los padres responden Sí a las preguntas IV, V o VI, el proveedor de cuidado infantil debe comunicarse con la Unidad de Subsidio DCDEE al 919-814-6380.

**VII. Registro de Votantes**

¿Está registrado para votar?  Sí  No Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar hoy?  Sí  No

También puede registrarse para votar en línea - Inglés [https://dl.ncsbe.gov/Voter\\_Registration/NCVoterRegForm\\_06W.pdf](https://dl.ncsbe.gov/Voter_Registration/NCVoterRegForm_06W.pdf), Español - <https://www.ncsbe.gov/Portals/0/Forms/NCVoterRegForm09W.pdf> (Si no responde a la pregunta, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento).

**VIII. Estado de ciudadanía de EE. UU.:** SELECCIONE UNO.

- Mi hijo (o hijos) son ciudadanos de los Estados Unidos
- Mi hijo (o hijos) no es ciudadano pero esta legalmente en los Estados Unidos. Esto incluye refugiados o un extranjero con documentos para residir en los Estados Unidos.
- Entiendo que el nombre de mi hijos, y su fecha de nacimiento será divulgado con el propósito de procesar el pago.
- Entiendo que esta atención de emergencia solo se proporcionará por los meses de abril y mayo del 2020. Entiendo que después de Mayo 31 del 2020, pueden estar disponibles meses adicionales de cuidado infantil de emergencia si es necesario y si hay fondos disponibles. Entiendo que también puedo ser elegible para la atención subsidiada basada en mis ingresos y por la necesidad continua de cuidado después de que el programa de cuidado infantil de emergencia haya terminado. Me comunicaré con mi Departamento de Servicios Sociales local para preguntar sobre como solicitar cuidado infantil subsidiado después que termine el programa de cuidado infantil de emergencia.

**FIRMADO:**

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

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

La información proporcionada es verdadera y correcta, y no he hecho a sabiendas una declaración falsa o fraudulenta de un hecho material, no he omitido o he presentado registros inexactos. Entiendo que una declaración o representación falsa intencional, omisión o presentación de registros inexactos puede conducir a sanciones u otras acciones legales.

**POR FAVOR LLENE Y ENVIE ESTE FORMULARIO DIRECTAMENTE SU PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.**

