

**Ciudad de Acton Regional**  
**Programa de subsidio para el cuidado de niños**

**APLICACIÓN COMPLETA**

Gracias por su interés en solicitar el programa de subsidio para el cuidado de niños como parte de una subvención en bloque para el desarrollo comunitario. La elegibilidad para este programa se basa en los ingresos y la residencia y, como tal, la siguiente solicitud nos ayudará a garantizar que su familia califique.

Algunas cosas a tener en cuenta al completar la solicitud:

- Las solicitudes se financian por orden de llegada. Las solicitudes incompletas se retrasarán.
- La calificación de ingresos se basa en el tamaño del hogar, por lo tanto, esta solicitud debe incluir a todas las personas que viven en su hogar (incluidos abuelos, seres queridos que viven en el hogar, etc.).
- Preste especial atención a la lista de archivos adjuntos al final de la solicitud. Si no puede proporcionar algo de la lista, comuníquese con nosotros y haremos todo lo posible para encontrar una solución.
- Una vez que se aprueba una solicitud, usted y su proveedor de cuidado infantil serán notificados. Se enviará a ambas partes un contrato en el que se detallan los términos del programa. La facturación por el niño aprobado puede comenzar tan pronto como la solicitud firmada se devuelva al programa.
- Los premios comienzan en \$ 3,000 para niños de 0 a prekínder y \$ 2,000 para niños desde jardín de infantes hasta los 13 años de edad. El premio máximo puede ser de hasta \$ 5,000 por niño. La financiación vence el 31/12/21.
- Este subsidio no se puede utilizar junto con ningún otro subsidio para el cuidado de niños. Si actualmente está recibiendo o planea recibir fondos alternativos, debe alertarnos de inmediato.
- Esta aplicación es **confidencial**. La información de esta solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad de su familia para los fondos de subsidio que están sujetos a las regulaciones de HUD y los requisitos de ingresos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto.

**PARTE I: INFORMACIÓN FAMILIAR.**

▪ **Nombre del padre / tutor (es) :** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

▪ **Niños elegibles : (Ingrese niños adicionales en la parte de atrás)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas de matrícula mensuales en el programa: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas de matrícula mensuales en el programa: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas de matrícula mensuales en el programa: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas de matrícula mensuales en el programa: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas de matrícula mensuales en el programa: \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

- ¿Alguno de los niños ennumerados anteriormente es elegible para un vale del Departamento de Cuidado y Educación Temprana de Massachusetts? \_\_\_ Si \_\_\_ No
- ¿Alguno de los niños mencionados anteriormente está recibiendo algún otro subsidio o cupón para el cuidado de niños ? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Composición del hogar:** Por favor, enumere a continuación el jefe de su hogar y **todos los miembros que viven o vivirán en su hogar** . Dar la relación de cada persona con el jefe de hogar .

Indique el nombre del jefe de familia	Seguridad Social #	Relación con el jefe	Fecha de Nacimiento	Empleado / Estudiante

- ¿Vive con usted ahora alguien que no esté en la lista anterior? \_\_\_ Si \_\_\_ No
- ¿Alguien planea vivir con usted en el futuro que no esté en la lista anterior? \_\_\_ Si \_\_\_ No
- Si bien es “sí”, por favor explique \_\_\_\_\_

**PARTE II: CATEGORÍA DE INGRESOS.** Marque según corresponda

**1) CATEGORÍA DE INGRESOS ELEGIBLES :** Si su ingreso familiar bruto actual está dentro de las Pautas de límite de ingresos de HUD (consulte la siguiente tabla de elegibilidad de ingresos), puede calificar como una familia ELEGIBLE POR INGRESOS y recibir el subsidio. La información adicional sobre ingresos debe acompañar a esta solicitud. Marque la casilla a continuación y consulte los REQUISITOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS adjuntos y continúe con la Información sobre ingresos laborales.

**Tabla de elegibilidad de ingresos - (80% del ingreso medio del área)**

Tamaño del hogar	Límit de ingresos para residents de Acton,	Límite de ingresos para residents
	Boxborough, Littleton, Maynard	de Westford
2	\$77,000	\$62,800
3	\$86,650	\$70,650
4	\$96,250	\$78,500
5	\$103,950	\$84,800
6	\$111,650	\$91,100
7	\$119,350	\$97,350
8	\$127,050	\$103,650

**PARTE III: INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL EMPLEO.** Complete ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia.

¿Es usted un residente de tiempo completo en la dirección que ingresó en la página 1?  Si  No

- **Padre/guardiana**  Empleado  Desempleado, buscando empleo  Estudiante

Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Años trabajados para el empleador actual: \_\_\_\_\_

Si está empleado por temporada, proporcione las fechas: \_\_\_\_\_

- **Padre / tutor n. ° 2**  Empleado  Desempleado, buscando empleo  Estudiante

Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Años trabajados para el empleador actual: \_\_\_\_\_

Si está empleado por temporada, proporcione las fechas: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si hay otros adultos en el hogar que actualmente trabajan o reciben beneficios, proporcione los detalles al dorso de esta hoja.**

**PARTE IV. TOTALES DE INGRESOS ANUALES:** *¿Cuál es el ingreso anual bruto de su hogar, de todas las fuentes? (Incluya todos los empleadores, beneficios, pensiones, asistencia pública, compensación por desempleo, ingresos por alquiler, manutención infantil, etc. para **todas las personas mayores de 18 años en el hogar**).*

**INGRESOS ANUALES**

Fuente	Padre/Tutor	Padre/tutor	Otro hogar miembro 18 años o más	Total
Salario				
Pago de horas extras				
Comisiones/Propinas/ Bonificaciones				
Asistencia pública				
Intereses y/o Dividendos				
Beneficios de desempleo				
Seguro social, pensiones, Etc.				
Compensación para trabajadores, etc.				
Pensión alimenticia, manutención de los hijos				
Ingresos de alquiler				
Otro (describir)				
<b>TOTALES</b>	\$	\$	\$	\$

**PARTE V: ACTIVOS y PASIVOS.** Complete según lo solicitado.

**Activos:** (cuenta corriente, ahorros, mercado monetario, cuentas IRA, CD, etc. para **todas las personas mayores de 18 años en el hogar**) Use el reverso de la página si es necesario.

Tipo	Valor en efectivo	Ingresos anuales de activos	Nombre de la financiera Institución	Cuenta Número
Revisando cuentas)				
Cuenta (s) de ahorro				
CD's				
IRA				
Cepo				
Seguro de vida				
Otro (describir)				
<b>TOTALES</b>				

**PARTE VI: CONFLICTO DE INTERESES**

¿Es usted un empleado municipal o local funcionario designado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Trabaja como consultor o agente de la comunidad? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si es así:

1. Título del puesto: \_\_\_\_\_

2. Departamento: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_

4. Anote cualquier posible conflicto de intereses y describa / adjunte la resolución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE VII: INFORMACIÓN VOLUNTARIA SOLICITADA** *Haga copias adicionales de este formulario o use el reverso de la página si es necesario*

La siguiente información sobre raza, origen nacional, designación de sexo, estado civil, estado de discapacidad y estado de veterano solicitada en esta solicitud se solicita para asegurar al gobierno federal, actuando a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, que las leyes federales que prohíben la discriminación contra los solicitantes del programa o inquilinos por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad. Si bien no está obligado a proporcionar esta información, se le recomienda que lo haga. Proporcione esta información para cada miembro de su hogar .

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic___Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male___Female ___
<b>Race:</b> White___Black/African American___Asian___Asian and White___American Indian/Alaskan Native___Native Hawaiian/Other Pacific Islander___American Indian/Alaskan Native and White___Black/ African American and White___American Indian/Native Alaskan and Black/ African American___Other (Multi-Racial)___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran___Female Head of Household___Elderly (over 60) ___ Disabled___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic___Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male___Female ___
<b>Race:</b> White___Black/African American___Asian___Asian and White___American Indian/Alaskan Native___Native Hawaiian/Other Pacific Islander___American Indian/Alaskan Native and White___Black/ African American and White___American Indian/Native Alaskan and Black/ African American___Other (Multi-Racial)___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran___Female Head of Household___Elderly (over 60) ___ Disabled___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic___Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male___Female ___
<b>Race:</b> White___Black/African American___Asian___Asian and White___American Indian/Alaskan Native___Native Hawaiian/Other Pacific Islander___American Indian/Alaskan Native and White___Black/ African American and White___American Indian/Native Alaskan and Black/ African American___Other (Multi-Racial)___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran___Female Head of Household___Elderly (over 60) ___ Disabled___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic___Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male___Female ___
<b>Race:</b> White___Black/African American___Asian___Asian and White___American Indian/Alaskan Native___Native Hawaiian/Other Pacific Islander___American Indian/Alaskan Native and White___Black/ African American and White___American Indian/Native Alaskan and Black/ African American___Other (Multi-Racial)___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran___Female Head of Household___Elderly (over 60) ___ Disabled___.

**PARTE VIII: DECLARACIÓN DE VERDAD**

**Yo / nosotros certificamos que toda la información proporcionada con el propósito de obtener asistencia bajo el Programa de Subsidio para el Cuidado de Niños es verdadera a mi / nuestro conocimiento. Además, doy permiso al Programa Regional de Subsidio de Cuidado de Niños de Acton para verificar mis ingresos.**

---

Firma del padre / tutor

Fecha

---

Firma del padre / tutor  
(Si es aplicable)

Fecha

## LISTA DE VERIFICACIÓN DEL ADJUNTO DE LA APLICACIÓN

Proporcione al menos un elemento de cada categoría a continuación . Se debe recopilar información sobre los ingresos de cada miembro del hogar mayor de 18 años.

### Comprobante de Domicilio:

\_\_\_ Extracto bancario reciente con el nombre y la dirección residencial del solicitante

O

\_\_\_ Factura de servicios públicos reciente con el nombre y la dirección residencial del solicitante

### Verificación de ingresos:

\_\_\_ Los talones de pago consecutivos más recientes de las 8 semanas por persona, por trabajo (Nota: W2 no se aceptan)

O

\_\_\_ 3 meses de extractos bancarios familiares consecutivos más recientes si trabaja por cuenta propia

O

\_\_\_ Una carta de su empleador, con membrete de la empresa, que indique los salarios brutos anuales

Y

\_\_\_ Si recibe beneficios, como desempleo, seguridad social o discapacidad: documentación que confirme el monto y durante qué período de tiempo se recibieron los fondos.