

Indique en que condado reside:  Charlotte  Desoto  Hardee  Highlands

¿Esta usted actualmente?: **Padre 1** **Padre 2\*** (\*SOLO SI VIVE EN EL HOGAR)

1. ¿Trabajando y/o estudia al menos 20 hrs. a la semana? Si No Si No

2. ¿Incapacitado? Si No Si No

Si el padre/guardián contesta **NO** a ambas preguntas, PARE, NO ES ELEGIBLE en estos momentos.

Si ambos padres/guardiáns contestan **SI**, por lo menos una de las preguntas anteriores, favor de completar la aplicación en su totalidad.

Idioma que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

**Padre Primario/guardián**

Seguro Social : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

**Padre Secundario/guardián**

Seguro Social : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

**Dirección Residencial:** Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** ( Si es diferente a la residencial) Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

TEL del Hogar: \_\_\_\_\_ TEL Alterno: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS HIJOS VIVIENDO EN EL HOGAR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con este niño/a:  Padre/ Padrastros  Familiar  Custodio Legal  Otro

Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda de guardería para este niño?  Si  No

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con este niño/a:  Padre/ Padrastros  Familiar  Custodio Legal  Otro

Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda de guardería para este niño?  Si  No

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con este niño/a:  Padre/ Padrastros  Familiar  Custodio Legal  Otro

Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda de guardería para este niño?  Si  No

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con este niño/a:  Padre/ Padrastros  Familiar  Custodio Legal  Otro

Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda de guardería para este niño?  Si  No

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con este niño/a:  Padre/ Padrastros  Familiar  Custodio Legal  Otro

Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda de guardería para este niño?  Si  No

Raza:  Hispano  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Alaskan  Hawaiano/Pacífico

Favor de utilizar la parte de atrás de esta aplicación para proveer información de sus ingresos. Una vez que la aplicación este completa, por favor entregue la aplicación a su oficina local de ELCFH. ( Vea abajo para la dirección)



**Charlotte Office**  
3028 Caring Way, Suite 4  
Port Charlotte, FL 33952  
Phone: (941) 255-1650  
Fax: (941) 255-5856

**DeSoto Office**  
4 West Oak Street, Suite H  
Arcadia, FL 34266  
Phone: (863) 494-5233  
Fax: (863) 494-5291

**Hardee Office**  
324 N. 6th Avenue  
Wauchula, FL 33873  
Phone: (863) 767-1002  
Fax: (863) 767-1007

**Highlands Office**  
209 N. Ridgewood Drive  
Sebring, FL 33870  
Phone: (863) 314-9213  
Fax: (863) 314-4480



**Información de Ingresos en el Hogar:**

<b>Padre Primario/Guardián</b>			
Nombre del Trabajo: _____		¿Número de horas que trabaja? _____	
TEL del Trabajo: _____		Salario por hora: _____	Otro, explique: _____
Nombre Escuela: _____		Horas de Crédito _____	Otro, explique: _____

<b>Padre Secundario/Guardián</b>			
Nombre del Trabajo: _____		¿Número de horas que trabaja? _____	
TEL del Trabajo: _____		Salario por hora: _____	Otro, explique: _____
Nombre Escuela: _____		Horas de Crédito _____	Otro, explique: _____

**ATENCIÓN FAMILIAS DONDE UNO O DOS PADRES ESTA AUSENTE EN EL HOGAR:**  
**Si usted no puede proveer documentos de la oficina de Child Support para cada uno de los niños en la casa, usted sera requerido de abrir un caso antes que podamos servirlos.**

Favor de proveer cantidad de ingresos recibidos y su frecuencia (Ej.: Semanal, cada 2 semanas, Sem.-Mensual, Mensual, etc.)

Favor de marcar	SI	NO	Cantidad y Frecuencia	Nombre
Child Support (Indique si usted esta recibiendo o pagando Child support)				
Pensión alimenticia				
TANF/ AFDC				
Beneficio por Veterano				
Retiro				
Seguro Social				

Favor de marcar	SI	NO	Cantidad y Frecuencia	Nombre
Relativa Caree Giver Funds (RCG)				
Desempleo				
Compensación de Trabajo				
Intereses/ Dividendos				
SSI				
Otros				

**NOTA IMPORTANTE:** Esta forma no implica que usted será automáticamente enlistado, ni tampoco se interpreta que el beneficio este garantizado. Durante el proceso de pre-requisitos se determinará si usted es **elegible** basado en la información sometida. De usted resultar **ser elegible**, será añadido en una lista de espera bajo Early Learning Coalition of Florida's Heartland, Inc. Elegibilidad es basada en ingresos familiares, composición familiar, residencia y propósito del cuidado. (Empleo/ Asistencia escolar- Mínimo 25 hrs./semana para beneficio a tiempo completo o 20 hrs./semana a tiempo parcial) Una vez tengamos fondos disponibles, usted será contactado para verificar la información, en adición, someter ingresos de 6 semanas de pago consecutivos. (Favor de ir guardando todos sus talones de pago.)

Yo certifico que tanto la información personal, como los ingresos arriba mencionados son ciertos y correctos. También entiendo, que la información sometida en este formulario es solo para determinar mi elegibilidad bajo un programa Federal/ Estatal. La misma pudiera ser compartida con programas locales de educación de temprana edad bajo el departamento de educación, RCMA, FDLRS/Child Find y Early Steps (EIP).

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

\_\_\_\_\_ Fecha

**Solo Para Uso oficial de ELCFH**

**Primary Parent:**

Employed \_\_\_\_\_ hrs  
 School \_\_\_\_\_ hrs  
 Disable

**Secondary Parent:**

Employed \_\_\_\_\_ hrs  
 School \_\_\_\_\_ hrs  
 Disable

**For Desoto Only:**

If 3, 4 or 5 years old mail HIPPIY brochure

Total Annual Gross Income	Family Size	Eligible Category	Date Calculated

ELCFH Staff

**Ineligible due to:**

Not in County  
 Doesn't meet guidelines  
 Incomplete Application  
 Over Income