

Cuestionario de Pre-Elegibilidad para la Lista de Espera de CCAP

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial): _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad Estado, Código Postal: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad Estado, Código Postal: _____

Teléfono de día: () _____ Teléfono de Mensaje () _____

Dirección de correo electrónico: _____

Cuántos niños en el hogar, incluidos los que no necesitan de cuidado infantil? _____

Cuántos de esos niños necesitan cuidado de niños? _____

Cuántos padres están en su hogar? _____

Información de Padres

Información de Padre/Madre Uno:	Información de Padre/Madre Dos:
Nombre: _____	Nombre: _____
Seguro Social #: _____	Seguro Social #: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Género: Masculino Femenino	Género: Masculino Femenino
Está usted empleado? Si No	Está usted empleado? Si No
En caso afirmativo, donde? _____	En caso afirmativo, donde? _____
Fecha de inicio de empleo? _____	Fecha de inicio de empleo? _____
Salario por hora: \$ _____	Salario por hora: \$ _____
Horas trabajadas por semana _____	Horas trabajadas por semana _____
Está usted en escuela? Si No	Está usted en escuela? Si No
En caso afirmativo, donde? _____	En caso afirmativo, donde? _____
Cuántas horas de crédito está tomando? ____	Cuántas horas de crédito está tomando? ____
Ha recibido el título de Bachillerato? Si No	Ha recibido el título de Bachillerato? Si No
Marque cualquier otra actividad que hace:	Marque cualquier otra actividad que hace:
<input type="checkbox"/> Búsqueda de Empleo <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Búsqueda de Empleo <input type="checkbox"/> GED
<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____

Información de Niños

Niño Uno: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No	Niño Dos: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No
Niño Tres: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No	Niño Cuatro: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No
Niño Cinco: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No	Niño Seis: Nombre: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Esta este niño en escuela? Si No Tiene necesidades especiales este niño? Si No

Hay ingresos no ganados en el hogar? Si No

En caso afirmativo, por favor escriba el monto de los ingresos MENSUALES de cada categoría:

Manutención Infantil	\$	Beneficios de Jubilación	\$	Compensación Laboral	\$
Pensión Alimenticia/Manutención	\$	Beneficios de Veterano	\$	Interés en los ahorros / CD	\$
Beneficios de Desempleo	\$	Adjudicación Militar	\$	Dividendos en acciones / bonos	\$
Beneficios de Seguro Social/SSDI	\$	Contribuciones en efectivo	\$	Anualidad	\$
Beneficios de Seguro Social/SSI	\$	TANF/Colorado Works	\$	Otro	\$

Alguien de su hogar paga manutención infantil por hijos/as fuera de su hogar?

En caso afirmativo, cuánto se paga por mes? \$ _____

FOR COUNTY USE ONLY		HH Size	<165% FPL	HH Size	<165% FPL
Date: _____	Tech: _____	2	\$2,202.75	6	\$4,479.75
HH Size: _____	Income: _____	3	\$2,772.00	7	\$5,050.38
CSE Sanction? Yes No	Unpaid PFs? Yes No	4	\$3,341.25	8	\$5,622.38
Waitlist Eligible? Yes No	Priority? Yes No	5	\$3,910.50	9	\$6,194.38
HH#:	Case #:				

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
Child Care Assistance Program
 1501 Blue Spruce Drive
 Fort Collins, CO 80524
CCAP@larimer.org
 Fax (970) 498-7987 Phone (970) 498-6300