

**Integro la siguiente información para el padre o cuidador que es un trabajador de la industria de servicios que necesita cuidado infantil para sus hijos para poder trabajar.**

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre/Inicial:
-----------	----------------	-------------------------

**¿Es usted un cliente actual de Servicios de Cuidado Infantil? Coloque una marca de verificación junto a su respuesta a continuación::**

Si:       No:       Inseguro/a:

Fecha de Nacimiento:

Dirección Física:	Ciudad:	Código Postal:	Condado:
-------------------	---------	----------------	----------

Dirección de Envío (Si es diferente):	Ciudad:	Código Postal:	Condado:
---------------------------------------	---------	----------------	----------

Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil :
-------------------	------------------

Teléfono del Trabajo:	Correo Electrónico:
-----------------------	---------------------

Idioma principal que se habla en casa:

*Después de enviar este formulario, el personal de Workforce Solutions se comunicará con usted y le pedirá que proporcione información personal por teléfono que incluirá qué proveedor de cuidado infantil ha elegido.*

**Complete la siguiente sección con información para cada miembro del hogar. Los miembros del hogar consiste únicamente de esposo/a o pareja y dependientes. (Adjunte una hoja adicional si es necesario).**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género (M/F)	Hispano /Latino (Y/N)	Etnicidad <sup>1</sup>	Necesita cuidado infantil
							Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
							Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
							Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
							Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
							Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>**Elecciones étnicas:** Blanco, Negro/Afroamericano, Indio Americano o Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico, o no Especificado / Rechazado a responder

**Según el tamaño de la familia \*, ¿sus ingresos \*\* son iguales o inferiores a estos límites anuales o mensuales del ingreso medio estatal (SMI) en la tabla a continuación?**

Tamaño de la familia	Ingreso Anual del Hogar en o por debajo del 75% SMI	Ingresos mensuales del hogar en o por debajo del 75% SMI
2	\$43,549	\$3,629
3	\$53,796	\$4,483
4	\$64,043	\$5,337
5	\$74,290	\$6,191
6	\$84,537	\$7,045
7	\$86,458	\$7,205
8	\$88,380	\$7,365
9	\$90,301	\$7,525
10	\$92,222	\$7,685

**Si los ingresos de su familia están por encima del límite del 75% de SMI, según la tabla anterior, no califica para el cuidado infantil Sector de la Industria de Servicios y no puede solicitar este programa.**

# Service Industry Recovery (SIR) Child Care Enrollment Form

\* El tamaño de la familia está formado por los padres, aquellos en el hogar que pueden declararse como dependientes en una declaración de impuestos federal o un menor de edad que es responsabilidad del padre / solicitante.

\*\*Los ingresos no incluyen asistencia federal o estatal ni manutención infantil. Los ingresos mensuales de una familia son los *ingresos brutos antes de que se realicen ajustes por impuestos*, que también pueden denominarse ingresos brutos o salario bruto.

Información del Empleador	Uno mismo	Esposo(a)/Pareja
Nombre		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código Postal		
Puesto de Trabajo		

**¿Qué ocupación lo califica para trabajar en el Sector de la Industria de Servicios?** Coloque una marca de verificación junto a la categoría de ocupación que mejor lo describa:

Arte, Entretenimiento y Recreación	<input type="checkbox"/>
Alojamiento (Hoteles) y Servicios de Alimentación	<input type="checkbox"/>
Venta al por menor	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
Si es otro, describa:	

**Envíe prueba de empleo en la ocupación calificada. Ejemplos de documentación aceptable son:**

- Recibo de pago actual (fechado en los últimos 30 días calendario).
- Formulario de verificación de empleo firmado por su empleador.
- Carta de empleo firmada en papel con membrete de la empresa con la información de contacto apropiada de la empresa incluida.

**Al firmar este documento, acepta las siguientes declaraciones:**

Certifico que califico como trabajador de la industria de servicios, necesito cuidado de niños para trabajar, mis ingresos familiares son iguales o inferiores al 75% SMI y la dirección que he proporcionado es mi dirección residencial actual. También certifico que estoy cumpliendo con los requisitos de participación para el tamaño de mi hogar (25 horas por semana para un padre soltero / 50 horas por semana para un hogar de dos padres).

**Entiendo que el cuidado infantil solo se proporciona durante 12 meses y tendré que volver a solicitar los servicios de cuidado infantil al final del plazo de 12 meses. Al volver a presentar la solicitud, podría estar sujeto a una lista de espera y no tendré servicios de cuidado infantil mientras esté en la lista de espera o durante el proceso de elegibilidad.**

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y que el cuidado de niños puede cancelarse si se determina que esta información es inexacta. Entiendo que dar información falsa puede constituir fraude y podría resultar en un enjuiciamiento y / o reembolso de dinero por servicios a los que no tenía derecho. Se aceptan firmas electrónicas.

Firma del Padre:	Fecha:
------------------	--------

**Documentos que deben presentarse antes de la determinación de elegibilidad para el cuidado infantil Sector de la Industria de Servicios:**

- Prueba de empleo en una ocupación calificada.
- Prueba de ciudadanía / estatus migratorio legal para los niños que necesitan cuidado.
- Formulario de inscripción para el cuidado infantil Sector de la Industria de Servicios completo y firmado.

Workforce Solutions es un empleador/programa de igualdad de oportunidades.  
Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles bajo petición para las personas con discapacidades. Número de teléfono – (361)578-0341 - Relay Texas: 1-800-735-2989 (TDD) o 711 (Voz)

**Las solicitudes completadas pueden enviarse por fax al: (361) 580-0762  
o enviado por correo electrónico a: [gcchildcare@gcworkforce.org](mailto:gcchildcare@gcworkforce.org)**