

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE BECAS PARA LA FUERZA LABORAL EDUCATIVA DE ARIZONA

Complete todas las secciones de esta solicitud. La información faltante o incorrecta puede retrasar las decisiones de elegibilidad.

Envíe la solicitud completa a: cccchildcarespecialprograms@azdes.gov

***Raza:** **AI:** indio americano/nativo de Alaska; **AS:** asiático; **BL:** negro o afroamericano; **NH:** nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **WH:** Blanco

SU INFORMACIÓN

Su Nombre Legal (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

Raza*: AI AS BL NH WH ¿Hispano? Sí No

No. de Seguro Social (*opcional*): _____ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): _____

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo Nunca ha estado casado

Otros nombres utilizados por usted (*p. ej., apellido de soltero, alias*): _____

¿Recibe actualmente servicios de cuidado infantil de Cuidado de Niños de DES? Sí No

En caso afirmativo, proporcione su número de ID de cliente de cuidado de niños: _____

INFORMACIÓN DE SU DIRECCIÓN

Estoy inscrito en el Programa de Confidencialidad de Dirección

Dirección residencial del solicitante (*No. de casa, calle, No. de apartamento/espacio, ciudad, estado, código postal*): _____

Dirección postal del solicitante (*No. de casa, calle, No. de apartamento/espacio, ciudad, estado, código postal*): _____

No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SUS RAZONES PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

Empleo en cuidado de niños Empleo en educación preescolar-12 Otro (*Describe*): _____

Nombre del empleador: _____ No. de teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

¿Tiene un ingreso **FAMILIAR** de \$65,000 o menos antes de impuestos y otras deducciones? Sí No

INFORMACIÓN DE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS (SI SE CONOCE)

¿Qué proveedor de cuidado de niños ha elegido?	Dirección y número de teléfono del proveedor (<i>No. de casa, calle, ciudad, estado, código postal; número de teléfono</i>)	Niño(s)

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de niños, comuníquese con Child Care Resource & Referral en www.azccrr.com o al 1-800-308-9000.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ANombre del Niño/a (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

Raza*: AI AS BL NH WH ¿Hispano? Sí No

No. de Seguro Social (*opcional*): _____ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): _____

¿Es este niño/a un ciudadano de EE. UU. o un inmigrante calificado? Ciudadano de EE. UU. Inmigrante calificado

¿Es usted el padre/madre o tutor de este niño/a? Sí No ¿Este niño/a necesita cuidado infantil? Sí No

¿Este niño/a tiene necesidades especiales? Sí No

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ANombre del Niño/a (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

Raza*: AI AS BL NH WH ¿Hispano? Sí No

No. de Seguro Social (*opcional*): _____ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): _____

¿Es este niño/a un ciudadano de EE. UU. o un inmigrante calificado? Ciudadano de EE. UU. Inmigrante calificado

¿Es usted el padre/madre o tutor de este niño/a? Sí No ¿Este niño/a necesita cuidado infantil? Sí No

¿Este niño/a tiene necesidades especiales? Sí No

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ANombre del Niño/a (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

Raza*: AI AS BL NH WH ¿Hispano? Sí No

No. de Seguro Social (*opcional*): _____ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): _____

¿Es este niño/a un ciudadano de EE. UU. o un inmigrante calificado? Ciudadano de EE. UU. Inmigrante calificado

¿Es usted el padre/madre o tutor de este niño/a? Sí No ¿Este niño/a necesita cuidado infantil? Sí No

¿Este niño/a tiene necesidades especiales? Sí No

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ANombre del Niño/a (*Nombre, Inicial, Apellido*): _____

Raza*: AI AS BL NH WH ¿Hispano? Sí No

No. de Seguro Social (*opcional*): _____ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): _____

¿Es este niño/a un ciudadano de EE. UU. o un inmigrante calificado? Ciudadano de EE. UU. Inmigrante calificado

¿Es usted el padre/madre o tutor de este niño/a? Sí No ¿Este niño/a necesita cuidado infantil? Sí No

¿Este niño/a tiene necesidades especiales? Sí No

Si usted, su representante o cualquier miembro del hogar oculta o proporciona información falsa a propósito para recibir o continuar recibiendo asistencia de cuidado de niños a la que no tiene derecho, esa persona estará sujeta a:

- Enjuiciamiento penal
- Multas
- Encarcelamiento
- Otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales

Si infringe estas reglas a sabiendas y recibe asistencia para el cuidado de niños a la que no tiene derecho, lo descalificaremos para recibir servicios por:

- 12 meses por la primera infracción
- 24 meses por la segunda infracción
- Permanentemente por la tercera violación

Entiendo que si a sabiendas envío información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, se me puede acusar de **FRAUDE** de conformidad con A.R.S 13-2311, un delito grave de clase 5. Entiendo que seré responsable de todos los sobrepagos.

Si necesita ayuda para ubicar una oficina de Cuidado de Niños de DES en su área:

Visite <https://des.az.gov>; o comuníquese con la División de Cuidado Infantil de DES al 602-542-4248.

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD: Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones en este formulario, la información y los documentos proporcionados por mí o en mi nombre a DES son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender, y que no he ocultado información. Entiendo que si a sabiendas envío información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, se me puede acusar de fraude de conformidad con A.R.S.13-2311, un delito grave de clase 5. Autorizo a DES a verificar información a través de empleadores actuales o anteriores, u otras personas o instituciones. Entiendo que seré responsable de los sobrepagos.

Firma: _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____