

Priority Waiting List Status Report

To move forward with your application, all clients on the Priority Waiting List (PWL) must complete an interview before being released from the list. Please call the CCSD Call Center at **1-833-947-6396** as soon as possible to complete your interview. This step is required to determine eligibility and continue your eligibility process.

Client's Name: _____

Address (Number, Street): _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

Phone: _____ Social Security Number (optional): _____

Client ID: _____ Email Address: _____

Employment and Earnings Status (Please Fill Out Below)

Has your employment/earnings status changed? Yes No Please provide current verification.

Parent/Caretaker's Name	Employer's Name And Phone No.	Start Date	Days/ Hrs Per Week	Hourly Wage	Date Of 1 st Check	How Often?
1.						
2.						

Unearned Income Status

Has your unearned income changed? Yes No Please provide current verification.

Parent/Caretaker's Name	Income Source	Start Date	Monthly Amount
1.			
2.			

Change In Household Members

Name	Relationship to You and Your Child(ren)	Moved In/ Out (Circle One)	Date	Reason
1.		In / Out		
2.		In / Out		
3.		In / Out		
4.		In / Out		

Child Care Provider Selection

Child's Name	Provider's Name	Address (No., Street, City, State, ZIP)	Area Code/ Phone No.	Start Date
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Other Eligibility Factors

Has there been a change in medical condition, temporary shelter residency, transitional housing arrangements, currently receiving TANF, or education (Teen Parents Only),/ or participating in employment training activities (if applicable) for you or anyone in your household? Yes No

If yes, please explain: _____

Name of the Affected Person: _____

Date of Change: _____ Description of the Change: _____

Statements made on this form by me or on my behalf are true and correct to the best of my knowledge. I understand that I will be responsible for any overpayments which occur as the result of submitting false information or concealing material facts in order to qualify for services, and that I may be charged with fraud pursuant to A.R.S. §13-2311, a class 5 felony.

Print Name: _____

Signature: _____ Date: _____

For Office Use Only

D0# or C# of the CCA Specialist (when information is taken over the phone): _____

Date: _____

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-542-4248; TTY/TDD Services: 7-1-1

Informe de la Situación de la Lista de Espera Prioritaria

Para avanzar con su solicitud, todos los clientes en la Lista de Espera Prioritaria (PWL, por sus siglas en inglés) deben completar una entrevista antes de ser dados de baja. Llame al Centro de Atención Telefónica del CCSD al **1-833-947-6396** lo antes posible para completar su entrevista. Este paso es necesario para determinar su elegibilidad y continuar con el proceso de elegibilidad.

Nombre del cliente: _____

Dirección (Número, Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

ID de cliente: _____ Correo electrónico: _____

Situación de Empleo y Ganancias (Llene a Continuación)

¿Ha cambiado su situación de empleo/ganancias? Sí No Proporcione verificación actual.

Nombre del padre/encargado	Nombre y teléfono del empleador	Fecha de comienzo	Días/hrs por semana	Salario por hora	Fecha del 1 ^{er} cheque	Frecuencia del pago
1.						
2.						

Situación de Ingresos No Ganados

¿Han cambiado sus ingresos no ganados? Sí No Proporcione verificación actual.

Nombre del padre/encargado	Fuente de los ingresos	Fecha de comienzo	Cantidad mensual
1.			
2.			

Cambios en el Número de los Miembros en el Hogar

Nombre	Relación (parentesco) con usted y su(s) hijo(s)	Llegó/se fue (Marque uno)	Fecha	Razón
1.		Llegó/Se fue		
2.		Llegó/Se fue		
3.		Llegó/Se fue		
4.		Llegó/Se fue		

Selección de Proveedor de Cuidado Infantil

Nombre del niño	Nombre del proveedor	Dirección (<i>número, calle, ciudad, estado, código postal</i>)	Código de área/ Núm. de teléfono	Fecha de inicio
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Otros Factores para la Elegibilidad

¿Ha habido algún cambio en su condición médica, la residencia en un refugio temporal, los arreglos de vivienda de transición, en la recepción actual de TANF o en educación (solo para padres adolescentes) o en su participación en actividades de capacitación laboral (si corresponde) para usted o alguien de su hogar? Sí No

Si contestó "Sí", explique: _____

Nombre de la persona afectada: _____

Fecha del cambio: _____

Descripción del cambio: _____

Las declaraciones hechas en este formulario por mí o en mi nombre son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que seré responsable por cualquier sobrepago (pago en exceso) que ocurran como resultado de haber presentado información falsa o de omitir datos con el propósito de calificar para servicios, y que en tal caso puedo estar sujeto a prosecución por fraude bajo A.R.S. §13-2311, que es un delito de la clase 5.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para Uso de la Oficina

D0# or C# of the CCA Specialist (*when information is taken over the phone*): _____

Date: _____