

Solicitud de Bono de Contratación de Empleados de Cuidado de Infantil

Entregue esta solicitud enviando por correo electrónico la solicitud completa a jade@aedc1.org o enviándola/dejándola en la oficina de AEDC 707 K St, Eureka, CA 95501 Atención: Jade Hoff. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación o el programa, puede comunicarse con Jade al 707-273-6907.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección postal (si es diferente a la Residencial): _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Método preferido de comunicación: Correo Electrónico Teléfono Texto

RAZA DEL SOLICITANTE

- Seleccione todos los que correspondan
- Indio Americano/Nativo de Alaska
 - Asiático
 - Negro/Afroamericano
 - Blanco
 - Declinar de Declarar

ORIGEN ÉTNICO DEL SOLICITANTE

- Latino
- No latino
- Declinar de Declarar

IDENTIDAD DE GÉNERO DEL SOLICITANTE

- Hembra
- Masculino
- No binario
- Declinar de Declarar

NIVEL DE INGRESOS DEL SOLICITANTE

- Menos de \$20,000
- \$20,001-\$34,999
- \$35,000-\$49,999
- Mas de \$50,000

TAMAÑO DE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco
- Seis
- Siete
- Ocho
- Más de ocho

ESTATUS MILITAR O VETERANO DEL SOLICITANTE

- Servicio activo
- Veterano
- Veterano discapacitado del servicio
- Sin antecedentes militares

¿Está interesado en brindar un testimonio sobre su experiencia con el programa del Fondo de Estabilización de Cuidado Infantil? Estas declaraciones nos ayudan a contar la historia del impacto de estos programas y pueden ayudarnos a asegurar fondos futuros.

- Sí
- No

¿Cómo te enteraste de este programa?

SECCIÓN 2: ELEGIBILIDAD

¿Comenzo en su posición presente a partir o después del 1 de julio de 2023? Sí No

¿Ha estado empleado por este empleador al menos de 90 días? Sí No

EMPLEO ACTUAL DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del sitio de centro de cuidado infantil: _____

Fecha de contratación: _____ Título del puesto de trabajo: _____

Horas promedio semanales de cuidado infantil: ____ Horas promedio administrativas semanales: ____

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa al mejor de los mi conocimiento.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3: ATESTACION DE EMPLEO

Pida al supervisor del sitio que llene y firme esta sección.

Nombre del sitio de cuidado infantil: _____

Número de licencia de la instalación: _____

Nombre del supervisor del sitio: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

¿Este empleado es financiado por CSPP? Sí No

Certifico que este empleado fue contratado a partir del 1 de enero de 2023 y ha permanecido empleado durante un mínimo de 90 días. además, Certifico que toda la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y precisa a mi saber y entender.

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____