

Humboldt Child Care Stabilization Fund



Solicitud de Subsidio para Padres

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

La información sometida con esta solicitud se utiliza para verificar la elegibilidad para el programa. Su información se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará únicamente para el propósito de este programa.

Los solicitantes deben tener un niño menor de 5 años inscrito en cuidado infantil con un proveedor que tiene licencia y cumplir con los requisitos de ingresos para el programa. Para recibir todos los detalles sobre los requisitos de elegibilidad, visite nuestro sitio web HumboldtChildCare.org.

Sección 1 – Datos del solicitante

Nombre del Padre/Tutor _____

Dirección de casa _____

Número de teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Section 2 – Child Care Details

Complete la siguiente sección para cada niño elegible (menor de 5 años, en cuidado de niño con licencia). El tiempo completo es un promedio de 21 o más horas de cuidado por semana.

Nombre _____ Edad _____ Tiempo completo

Tiempo parcial

Nombre del proveedor _____ Número de licencia _____

Dirección de correo electrónico del proveedor _____

Nombre _____ Edad _____ Tiempo completo

Tiempo parcial

Nombre del proveedor _____ Número de licencia _____

Dirección de correo electrónico del proveedor _____

Nombre _____ Edad _____ Tiempo completo

Tiempo parcial

Nombre del proveedor _____ Número de licencia _____

Dirección de correo electrónico del proveedor _____

A Humboldt County Initiative Administered by North Edge

707 K Street Eureka, CA 95501 | 707.273.6907 | HumboldtChildCare.org

Sección 3 – Verificación de ingresos

Si no recibe el subsidio estatal para el cuidado de niños y/o no está inscrito en ninguno de los programas enumerados, envíe 2 talones de cheque para la verificación de ingresos para el programa. Usted puede calificar para este programa incluso si no califica para otros programas.

Tamaño de la familia _____

Ingreso bruto mensual del hogar _____

¿Recibes el subsidio estatal para el cuidado de niños?

- Sí
 No

Si seleccionó no, ¿está interesado en presentar una solicitud?

- Sí
 No

¿Está inscrito en alguno de los siguientes programas?

Medi-Cal, CalFresh, Programa de Asistencia Alimentaria de California, Programa Especial de Nutrición Suplementaria de California para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Programa Federal de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, Head Start, Early Head Start, CalWORKs (ayuda y servicios de dinero en efectivo) Sí/No

- Sí
 No

Sección 4 – Certificación

Al presentar esta solicitud, yo certifico que toda la información proporcionada es precisa y que soy el tutor legal responsable de realizar los pagos de cuidado de niños para los niños que presento en esta solicitud.

Firma del Padre/Tutor

Fecha