

# 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](mailto: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

### 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 2: ELEGIBILIDAD

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: \_\_\_\_\_

Certifico que este empleado estuvo empleado durante el período que comenzó el 1 de julio de 2022 y finalizó el 30 de junio de 2023, proporcionando un mínimo de 12 horas por semana de cuidado infantil directo. Además, certifico que la información proporcionada por el empleado es correcta y acepto verificar la información según sea necesario.

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_