

Solicitud de Bono de Contratación de Empleados de Cuidado de Infantil

Entregue esta solicitud enviando por correo electrónico la solicitud completa
kelly@northedgefinancing.org o enviándola/dejándola en la oficina de North Edge 707 K St.
Eureka, CA 95501 Atención: Kelly McGowan. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación o
el programa, puede comunicarse con Kelly al (707) 798-6132 ext. 219.

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: _____