



"Giving all Galveston children the opportunity to soar"

Formulario de Solicitud de Beca MECC



"Giving all Galveston children the opportunity to soar"

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en que su hijo(a)/hijos(as) asistan a Moody Early Childhood Center. Adjuntamos a esta carta un formulario de solicitud de asistencia, junto con instrucciones detalladas para ayudarle a completarlo.

Tenga en cuenta que, para que su solicitud sea procesada de manera oportuna, debe presentar una solicitud firmada y completada, y todos los documentos requeridos. Si no presenta la documentación requerida, se demorará o denegará el procesamiento de su solicitud.

* La finalización de esta solicitud no garantiza que recibirá asistencia para el cuidado de niño(a).

- Todos los criterios de elegibilidad deben cumplirse para que usted califique y reciba asistencia.
- El personal de MECC determinará la elegibilidad.

Para cualquier pregunta adicional:

Comuníquese con la Defensora de la Familia al (409) 761-6930 o al (409) 761-6946.

FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: ___/___/___

Family Advocate Initials: _____

¿Quién es elegible?

- Padres que están trabajando, o
- Padres que están buscando un trabajo (dentro de los límites de tiempo establecidos por el estado, o
- Padres adolescentes (hasta la edad de 21 años) en diploma de escuela secundaria o GED, Certificado o programa vocacional.
- Los padres que necesiten cuidado de niños por hasta 24 meses para educación secundaria o capacitación hasta un 1er Grado de licenciatura o menos, o GED, ESL o Educación Básica para Adultos, por hasta 12 meses, o
- Familias que reciben Texas Workforce Solutions / TANF / AFDC que están completando actividades de trabajo contables en su Acuerdo de Responsabilidad Individual.
- Los solicitantes deben ser residentes de la Ciudad de Galveston.

TODAS LAS FAMILIAS DEBEN ESTAR EN UNA DE LAS ACTIVIDADES LISTADAS ANTERIORES Y LOS INGRESOS NO DEBEN EXCEDER LOS SIGUIENTES INGRESOS MENSUALES BRUTOSOS:

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto mensual máximo:	\$2,743	\$3,463	\$4,183	\$4,903	\$5,623	\$6,343	\$7,063

Requisitos del Programa

- Los padres deben estar continuamente en una actividad elegible,
- Los padres deben proporcionar verificación de ingresos antes de la aprobación,
- Las familias que califican deben pagar directamente "una tarifa parental" a su proveedor de cuidado infantil por una parte del costo total, y
- La elegibilidad para la asistencia continua se vuelve a determinar periódicamente.
- Los padres deben cooperar con los servicios de cumplimiento de manutención infantil.

Estos son los factores principales que se utilizan para determinar la elegibilidad para este programa. La elegibilidad será determinada por el personal de MECC cuando el solicitante haya completado una solicitud, haya firmado el acuerdo de responsabilidades del cliente, haya aprendido cómo usar la máquina de deslizar MECC y haya proporcionado la verificación necesaria. El cliente asume la responsabilidad financiera del pago por el cuidado de niños si se usa el cuidado antes de recibir la autorización por escrito de MECC.

Parte 1. Información del hogar

A. Ingrese los datos de contacto del solicitante

Nombre		Apellido		No. de Seguro Social o No. de Identificación estatal	
Dirección: (incluir número de apartamento)			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono móvil: ()		Número de teléfono particular: ()	

B. Ingrese los detalles de todos miembros del hogar

Nombre (Primer nombre y apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año.	Edad	Origen Étnico	No. de Seguro Social o No. de identificación
1.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --
2.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --
3.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --
4.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --
5.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --
6.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	-- --

C. Ingrese los detalles de todos miembros del hogar

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre soltera, hijo(s) vive(n) en el hogar | <input type="checkbox"/> Unipersonal |
| <input type="checkbox"/> Padre soltero, hijo(s) vive(n) en el hogar | <input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con niños |
| <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres | <input type="checkbox"/> Multigeneracional (abuelos, padres e hijos juntos) |
| <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños que vivan en el hogar | <input type="checkbox"/> Otra, ninguna de las opciones anteriores |

D. Seleccione la respuesta que mejor describa su tipo de vivienda

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Recibo asistencia para vivienda (cupón de vivienda, sección 8, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Alquilo un apartamento |
| <input type="checkbox"/> Alquilo una casa |
| <input type="checkbox"/> Soy propietario |
| <input type="checkbox"/> No tengo hogar |
| <input type="checkbox"/> Tengo otra vivienda permanente |
| <input type="checkbox"/> Otra, ninguna de las anteriores (por ejemplo, estoy viviendo con amigos/parientes) |

Parte 2. Datos demográficos de los miembros del hogar

A. Seleccione datos demográficos para cada miembro del hogar					
NOMBRE (Primer nombre y apellido)	Educación	Raza	¿Seguro de salud?	¿Tiene alguna discapac idad ?	¿Condi ción de militar?
	<input type="checkbox"/> 0- PK3 grado <input type="checkbox"/> PK4 – 6 th grado <input type="checkbox"/> 7 th – 8 th grado <input type="checkbox"/> 9-12 /grado/Non-graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela Secundaria <input type="checkbox"/> 12 ^o grado o más, con algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título universitario de 2 0 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Razas múltiples <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí, es un seguro de un empleo. <input type="checkbox"/> Sí, es Medicaid <input type="checkbox"/> Sí, es Medicare. <input type="checkbox"/> Sí, es cobertura de salud de CHIP. <input type="checkbox"/> Sí, es seguro del Estado para personas adultas. <input type="checkbox"/> Sí, es atención medica de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Sí, es compra directa. <input type="checkbox"/> No. no tengo ningún seguro de salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, soy veterano de Guerra. <input type="checkbox"/> Sí, soy militar active. <input type="checkbox"/> NA /No se aplica
	<input type="checkbox"/> 0- PK3 grado <input type="checkbox"/> PK4 – 6 th grado <input type="checkbox"/> 7 th – 8 th grado <input type="checkbox"/> 9-12 /grado/Non-graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela Secundaria <input type="checkbox"/> 12 ^o grado o más, con algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título universitario de 2 0 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Razas múltiples <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí, es un seguro de un empleo. <input type="checkbox"/> Sí, es Medicaid <input type="checkbox"/> Sí, es Medicare. <input type="checkbox"/> Sí, es cobertura de salud de CHIP. <input type="checkbox"/> Sí, es seguro del Estado para personas adultas. <input type="checkbox"/> Sí, es atención medica de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Sí, es compra directa. <input type="checkbox"/> No. no tengo ningún seguro de salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, soy veterano de Guerra. <input type="checkbox"/> Sí, soy militar active. <input type="checkbox"/> NA /No se aplica
	<input type="checkbox"/> 0- PK3 grado <input type="checkbox"/> PK4 – 6 th grado <input type="checkbox"/> 7 th – 8 th grado <input type="checkbox"/> 9-12 /grado/Non-graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela Secundaria <input type="checkbox"/> 12 ^o grado o más, con algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título universitario de 2 0 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Razas múltiples <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí, es un seguro de un empleo. <input type="checkbox"/> Sí, es Medicaid <input type="checkbox"/> Sí, es Medicare. <input type="checkbox"/> Sí, es cobertura de salud de CHIP. <input type="checkbox"/> Sí, es seguro del Estado para personas adultas. <input type="checkbox"/> Sí, es atención medica de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Sí, es compra directa. <input type="checkbox"/> No. no tengo ningún seguro de salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, soy veterano de Guerra. <input type="checkbox"/> Sí, soy militar active. <input type="checkbox"/> NA /No se aplica
	<input type="checkbox"/> 0- PK3 grado <input type="checkbox"/> PK4 – 6 th grado <input type="checkbox"/> 7 th – 8 th grado <input type="checkbox"/> 9-12 /grado/Non-graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela Secundaria <input type="checkbox"/> 12 ^o grado o más, con algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Título universitario de 2 0 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Razas múltiples <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí, es un seguro de un empleo. <input type="checkbox"/> Sí, es Medicaid <input type="checkbox"/> Sí, es Medicare. <input type="checkbox"/> Sí, es cobertura de salud de CHIP. <input type="checkbox"/> Sí, es seguro del Estado para personas adultas. <input type="checkbox"/> Sí, es atención medica de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Sí, es compra directa. <input type="checkbox"/> No. no tengo ningún seguro de salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, soy veterano de Guerra. <input type="checkbox"/> Sí, soy militar active. <input type="checkbox"/> NA /No se aplica

Parte 3. Fuentes de ingresos de los adultos que viven en el hogar

(B) Seleccione las fuentes de ingreso para cada miembro adulto del hogar

NOMBRE (Primer nombre y apellido)	¿Situación laboral?	¿Con qué frecuencia le pagan? Otras fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan) Proporcione la documentación requerida para todas las fuentes de ingresos seleccionadas.		
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____				
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____				
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____				

Parte 3 (continuación) - – Fuentes de ingresos de los adultos que viven en el hogar

(B) Seleccione las fuentes de ingreso para cada miembro adulto del hogar

NOMBRE (Primer nombre y apellido)	¿Situación laboral?	¿Con qué frecuencia le pagan? Otras fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan) Proporcione la documentación requerida para todas las fuentes de ingresos seleccionadas.		
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
<p>Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____</p>				
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
<p>Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____</p>				
	<input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Sin empleo/no busca empleo <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> En escuela	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingresos de seguro suplementarios (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad para excombatientes (VA) <input type="checkbox"/> Compensación de VA no relacionada con el servicio <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador <input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Manutención de niños por orden judicial <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Crédito por ingresos del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Becas y/o subvenciones universitarias <input type="checkbox"/> Regalos/dinero en efectivo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Estipendios por capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistencia de agencias <input type="checkbox"/> Regalo/dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP <input type="checkbox"/> Programa de vales para elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda publica <input type="checkbox"/> Programa de viviendas con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Ley de cuidado accesible <input type="checkbox"/> Otros
<p>Si tiene empleo, ¿con que frecuencia le pagan? · Una vez al mes · Dos veces al mes · Semana de por medio · Todas las semanas Si en la escuela cuantas horas y especifique a qué escuela asiste _____ <input type="checkbox"/> Si recibe SNAP cantidad y con qué frecuencia? _____</p>				

Parte 4. Motivos para presentar la solicitud

(A) Motivo de la solicitud

A1) Indique la situación y/o las circunstancias que le llevaron a solicitar fondos de beca?

- Divorcio/separación reciente
- Se mudó a la zona de Galveston
- Gastos inesperados
- Disminución de la adjudicación para la vivienda u otro tipo de apoyo
- Pérdida de trabajo reciente
Última fecha de empleo _____
- Emergencia Medica
- Otra razón

En base a su respuesta en (A1), indique los detalles de su situación familiar actual. Use el espacio a continuación para escribir.

(B) Contacto preferido

Teléfono de contacto preferido:

Dirección de correo electrónico de contacto preferido:

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo?

- AM (por la mañana)
- PM (por la tarde)
- En cualquier momento durante la semana (lunes a viernes)

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador de cuidado infantil Defensor de la familia por escrito dentro de los diez (10) días si el ingreso total de mi hogar supera el 85% del ingreso estatal de medios e informe dentro de las cuatro (4) semanas si mi actividad elegible califica. Entiendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que reembolsar los beneficios que recibí y para los cuales no era elegible.

Circunde el tamaño del hogar y el monto de los ingresos estatales de medios (SMI)

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
85% SMI	\$3,607	\$4,456	\$5,305	\$6,154	\$7,003	\$7,162	\$7,321	\$7,480	\$7,639

- Acepto que debo completar las pruebas de re determinación a su vencimiento, incluidas todas las verificaciones requeridas.
- Acepto que debo verificar mi actividad elegible. (Proporcionando educación / capacitación o horarios de trabajo en la re-determinación y siempre que mi actividad cambie.)
- Estoy de acuerdo en notificar a mi Defensor de la familia el trabajador de cuidado infantil por escrito al menos diez (10) días ANTES de cambiar de proveedor de cuidado infantil, de lo contrario el condado no pagará por mi cuidado infantil.
- Acepto ser responsable de resolver cualquier problema que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo en notificar a las autoridades apropiadas si tengo alguna inquietud sobre el posible abuso o negligencia de un niño mientras estoy en el cuidado infantil.
- Entiendo que, si alguno de los padres de mi familia trabaja por cuenta propia, yo / nosotros debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos del negocio y estoy de acuerdo en rastrear y verificar el ingreso, los gastos, el horario de trabajo y la necesidad de atención para ayudar en mi determinación de elegibilidad. También entiendo que debo proporcionar documentación del IRS o de otra agencia gubernamental para verificar mi estado de trabajo por cuenta propia.
- Entiendo que, si se proporciona cuidado infantil para mi actividad laboral, entonces el salario bruto sujeto a impuestos dividido por la cantidad de horas que usé para el cuidado infantil de mi empleo debe ser igual al mínimo del salario mínimo federal actual para poder continuar recibiendo cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo en que, si mi condado requiere la aplicación de la manutención de menores, cooperaré con la oficina de cumplimiento de la manutención de menores para cualquier niño que tenga un padre ausente sin importar si reciben asistencia para el cuidado de niños.
- Estoy de acuerdo en no dejar mi tarjeta de MECC en posesión de mi proveedor de cuidado infantil en ningún momento o puedo ser descalificado del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil de Workforce.
- Estoy de acuerdo en usar mi tarjeta MECC para registrar a mi (s) hijo (s) dentro y fuera del cuidado diariamente o mi caso de asistencia de cuidado de niños puede cerrarse y seré responsable del pago de los costos de cuidado de niños.
- Entiendo que una persona a quien se le haya dado intencionalmente información falsa por escritura u omisión no puede obtener asistencia para el cuidado de niños durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera ofensa Este delito está sujeto a enjuiciamiento según las leyes federales y estatales.

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)

13. CUOTA DE LOS PADRES:

- a. Estoy de acuerdo en pagar la tarifa de los padres que figura en el aviso de autorización de cuidado de mi hijo y que se debe pagar al proveedor el primer día de cada mes.
- b. Entiendo que la tarifa de mis padres se basa en mis ingresos, el tamaño de la familia y la cantidad de niños a los que se cuida y está sujeta a cambios al recibir una notificación previa de MECC.
- c. Entiendo que, si no pago esta tarifa o no hago acuerdos de pago aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mi cuidado infantil.

Firma de Solicitante 1

Fecha

Firma de Solicitante 2

Fecha



Acuerdo de requisito de beneficiario de beca

Yo, _____ entiendo que los requisitos descritos a continuación son requeridos para recibir una beca:

- DEBO asistir a una reunión del Defensor de la Familia una vez al mes.
- DEBO asistir a dos eventos por mes o eventos coordinados por el Defensor de la Familia.
 - Ej .: clases para padres y / o evento de participación familiar.
- Si no participa en dos eventos al mes, se revocará su beca a menos que se haya alcanzado un acuerdo previo.
- DEBO pagar la matrícula a tiempo. Las tarifas de retraso se darán el día después de la fecha de vencimiento. La falta de pago dará lugar a la pérdida de lugar en el aula.
- DEBO proporcionar prueba de obligaciones financieras o apoyo para el padre sin custodia (es decir, manutención infantil)
- DEBO solicitar ayuda financiera para el cuidado de niños de Work Source Solutions con la ayuda de Defensor de la Familia o proporcionar prueba de estado
- Soy responsable de programar y mantener las reuniones mensuales del Defensor de la Familia. Las citas perdidas sin contactar al Defensor de la Familia pueden resultar en la revocación de la beca.
- DEBO participar en las visitas domiciliarias (es necesario verificar que nuestras familias viven en la isla).
- Entiendo que las becas son para asistencia a corto plazo. Las becas son diseñadas para aumentar para permitir que más familias participen en el programa.
- Entiendo que las becas son válidas desde el 1 de agosto hasta el 31 de julio de un año escolar. Nuevas solicitudes deben presentarse antes del 30 de junio para el próximo año escolar. (Esto coincidirá con nuevo papeleo de inscripción también). Cualquier solicitud presentada después del 30 de junio puede resultar en un retraso o falta de disponibilidad de fondos.

Tenemos muchas familias en lista de espera para becas; el incumplimiento de los requisitos anteriores dará lugar a la pérdida de fondos de becas.

X _____
Firma del Padre/Tutor

Fecha

X _____
Defensor de la Familia

Fecha



**Antes de firmar la certificación del solicitante,
compruebe la lista de verificación.**

Para descargar una aplicación y aprender más sobre MECC visita: www.MoodyEarlyChildhoodCenter.org

Tenga en cuenta que: El Cliente y el Proveedor asumen la responsabilidad financiera del pago por el cuidado infantil si se usa el cuidado antes de recibir la autorización por escrito de MECC.

- Su aplicación de MECC completa y firmada **Y** el acuerdo de responsabilidades del cliente firmado
- Acuerdo de requisito de beneficiario de beca firmado
- Verificación de todos los demás ingresos del hogar, incluyendo: pensión alimenticia, SSI, desempleo, etc.
- Identificación original con foto del cuidador adulto que completa esta solicitud.
- Verificación de ciudadanía estadounidense: certificado de nacimiento original (o certificado), tarjeta de seguro social y registros de vacunas para cada niño que necesite servicios de MECC.
- Los padres adolescentes (menores de 21 años) deberán proporcionar una copia de su certificado de nacimiento.
- Comprobante de residencia: recibo de servicios públicos, contrato de renta, correo oficial del gobierno a su nombre o en nombre de la persona con quien reside. Si vive con un padre, una carta de ellos indicando que vive con ellos en su dirección específica y si paga o no la renta. Familiar debe firmar y fechar la carta y proporcionar su número de teléfono y comprobante de residencia a su nombre (factura de servicios públicos, contrato de renta, correo oficial del gobierno).
- Nombre del proveedor de cuidado infantil, dirección, teléfono, fax y número de identificación del proveedor (* vea a continuación la ayuda para encontrar el proveedor)
- Horario de visitas del niño (copia de la orden judicial o información escrita firmada por ambos padres, si corresponde)
- Aplicación del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil de Workforce o prueba de estado
- Documentación de manutención infantil (si corresponde)

Si estás trabajando:

- Los últimos 30 días de recibos de pago de todos los miembros adultos de su hogar

Si trabaja por cuenta propia: (complete el acuerdo de trabajo por cuenta propia)

- Los últimos 30 días de recibos de pago o libros de contabilidad, incluidos todos los ingresos y gastos con facturas y recibos de respaldo para todos los miembros adultos que trabajan por cuenta propia de su hogar.
- Copia de su reciente declaración de impuestos que muestre que presentó como trabajador por cuenta propia, número EIN o W-9.
- Declaración del horario de trabajo previsto

Si eres estudiante:

- Una carta de su escuela que verifique el programa en el que se encuentra, que está logrando un progreso satisfactorio, el título o certificado que recibirá y la fecha de graduación prevista.
- Una copia de su horario escolar, incluidos los días y la hora de su clase. Además de las fechas de inicio y finalización del trimestre, semestre o sesión.

Para los padres adolescentes:

- Una copia del horario escolar y la verificación de que usted está en un diploma de escuela secundaria o programa GED y
- Carta del consejero escolar o coordinador de padres adolescente

TAMBIÉN DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información en este formulario es verdadera y correcta. Yo/Nosotros entendemos que no informar los cambios requeridos o la información incorrecta puede resultar en la recuperación y/o suspensión de mis beneficios de cuidado infantil. Yo/nosotros hemos leído y acepto(amos) las condiciones anteriores para recibir asistencia con el costo de cuidado infantil.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a la Defensora de la Familia de MECC al
(409) 761-6930 o al (409) 761-6946.

FOR OFFICE USE ONLY
SÓLO PARA USO DE OFICINA

Scholarship Information	
Child's Name	
Scholarship Approval Date	
Parental Fee	
Tuition Amount	

****Please complete and turn in to Business Manager****