



Child Care Choices of Boston
www.childcarechoicesofboston.org



Departamento de Información y Referencias Perfil de Familia

Se adjunta un perfil de familia de Child Care Choices of Boston. La información se usa para busca proveedores de cuidado infantil que llenen las necesidades de su familia y/o como solicitud para colocar su nombre en la Lista de Espera Elegible por Ingresos para subsidios de cuidado infantil.

Nuestra fuente de fondos exige que recolectemos esta información de todos los clientes de CCCB. Además, la información nos ayuda a entender mejor las características y las necesidades de la comunidad que servimos. Esto nos ayuda a mejorar nuestro servicios al igual que a desarrollar formas nueva e innovadoras de ayudar a nuestros clientes. Le pedimos que conteste a las preguntas por completo y honestamente. Toda la información se mantendrá completamente confidencial.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, diríjase a un Especialista en Información y Referencia llamando a la línea principal del departamento de I&R al (617) 348-6641.

Favor observar: Si su nombre se ha colocado en la Lista de Espera Elegible por Ingresos, usted recibirá correspondencia periódicamente de nuestro departamento. ***Usted debe responder a toda la correspondencia que le envíe CCCB, de lo contrario su nombre puede ser eliminado o colocado al final de la lista de espera.***

Información referente a cupones para personas elegibles según sus ingresos

- Actualmente hay una *lista de espera* para recibir los cupones. No existe una ayuda *inmediata*.
- A fin de calificar para recibir un cupón para personas elegibles según sus ingresos, la familia debe poseer en el momento en que se emita el cupón una “razón justificada para utilizar los servicios de cuidados de niños”. Esta razón se conoce como “necesidad de servicio”.
- La necesidad de servicio es definida como la cantidad de tiempo en que ninguno de los padres está disponible para cuidar de su hijo(a) porque:
 - Están comenzando un trabajo remunerado o se encuentran actualmente trabajando en un trabajo remunerado;
 - Están buscando un trabajo remunerado (durante un período de gracia de dos meses solamente);
 - Están participando en un programa de educación o entrenamiento (sin incluir estudios superiores); o,
 - Están incapacitados (comprobable con documentación).
 - Adicionalmente, un niño(a) con un *diagnóstico* de incapacidad cumple con el criterio de la necesidad de recibir servicios de cuidados de niños a tiempo completo, indiferentemente de que sus padres puedan o no prestarle cuidados.
- En familias de dos padres, ambos padres deben tener una necesidad válida de recibir servicios de cuidados de niños.
- Las familias con necesidad de recibir servicios de cuidados de niños durante 30 ó más horas a la semana son elegibles para recibir servicios de cuidados de niños a tiempo completo (un máximo de 50 horas).
- Las familias con necesidad de recibir servicios de cuidados de niños durante al menos 20 horas a la semana pero menos de 30 horas a la semana son elegibles para recibir servicios de cuidados de niños a medio tiempo (un máximo de 30 horas).
- Adicionalmente, cuando la familia cumple con los requerimientos de servicios de cuidados de niños, la familia debe además cumplir con uno o más de los siguientes criterios:
 - El ingreso mensual bruto familiar debe estar en o por debajo del 50% de la Media Estatal de Ingresos (SMI, por sus siglas en inglés).
 - Las familias que tienen un hijo(a) que califique como incapacitado(a) pueden tener un ingreso mensual bruto en o por debajo del 85% de la SMI.
 - Los padres incapacitados pueden tener un ingreso mensual bruto en o por debajo del 85% de la SMI.

Se requerirá la entrega de documentación que verifique los criterios arriba mencionados antes de que se emita un cupón.

Por favor escriba claramente en letra de imprenta.

Este documento debe llenarse por completo para poder procesarlo a tiempo. Por favor conteste cada pregunta marcando la casilla (✓) de la respuesta apropiada o escribiendo su respuesta en el espacio proporcionado. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte o llame a la línea principal al (617) 542-5437, extensión 6641.

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DE MADRE/PADRE #1:

Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre primero: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ # de Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono en casa: (____) _____ Otro # de teléfono: (____) _____
Fecha de nacimiento: _____ Sitio de nacimiento: _____
Dirección electrónica: _____ (si aplica)

Necesito de Servicio: ¿Cuál es la razón de que usted busque servicios de cuidado infantil?		
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo (30 horas o más cada semana)	<input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento o GED	<input type="checkbox"/> Universidad
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Necesidades especiales del niño	<input type="checkbox"/> Busco trabajo
	<input type="checkbox"/> Padre o madre incapacitado	<input type="checkbox"/> Otra: _____

Tamaño de la familia: ¿De cuántas personas en su hogar es usted financieramente responsable? Favor incluirse usted mismo, esposo(si se aplica) y niños legalmente bajo su custodia: _____
¿Cuántos niños están incluidos en el tamaño de familia de su hogar? _____

Tipo de familia:	<input type="checkbox"/> Casa con dos padres	<input type="checkbox"/> Familiar con custodia legal del niño(s)
	<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/18 años de edad o más	<input type="checkbox"/> Abuela/o
	<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/menor de 18 años de edad	<input type="checkbox"/> Foster Parent
		<input type="checkbox"/> Otro: _____

Edad: (marque uno por favor)	<input type="checkbox"/> 12 a 17 years	Raza: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Negra/No hispánica
	<input type="checkbox"/> 18 a 23 años		<input type="checkbox"/> Blanca/No hispánica
	<input type="checkbox"/> 24 a 44 años		<input type="checkbox"/> Origen hispánico
	<input type="checkbox"/> 45 a 54 años		<input type="checkbox"/> India americana/De Alaska
	<input type="checkbox"/> 55 a 69 años		<input type="checkbox"/> Asiática/Islands del Pacífico
	<input type="checkbox"/> 70 o más		<input type="checkbox"/> Otra: _____

Educación: (Por favor marque la casilla del <u>más alto</u> nivel de educación que usted haya alcanzado.)	<input type="checkbox"/> 0-8° grado	Vivienda: (Por favor marque la casilla que mejor describa su situación presente.)	<input type="checkbox"/> Rentada
	<input type="checkbox"/> 9° a 12° grado		<input type="checkbox"/> Casa propia
	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED		<input type="checkbox"/> Sin hogar
	<input type="checkbox"/> 12 + algo de universidad		<input type="checkbox"/> Vivo en casa de otros
	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de 2 años		<input type="checkbox"/> Otra: _____
	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de 4 años		

Otras características:	¿Usted tiene seguro médico ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Está usted incapacitado ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted recibe cupones para alimentos ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Fuentes de ingresos:	¿Usted o algún familiar recibe TAFDC ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted o algún familiar recibe SSU ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted o algún familiar recibe Seguridad Social ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted o algún familiar recibe Pensión ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted o algún familiar recibe Ayuda General (EAEDC) ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted o algún familiar recibe Seguro por Desempleo ?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Usted recibe ingresos de cualquier otra fuente (sin incluir salario/sueldo)? Explique: _____	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Si usted recibe alguno de los anteriores y además recibe ingresos (salario), marque esta casilla.	<input type="checkbox"/>	Salario +			
Si usted no recibe ninguno de los anteriores pero recibe sólo salario , marque esta casilla.	<input type="checkbox"/>	Sólo salario			

Idioma:	¿Cuál es su idioma <u>preferido</u> para comunicarse?				
<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Cantonés	<input type="checkbox"/>	Griego
<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Criollo de Cabo Verde	<input type="checkbox"/>	Ruso
<input type="checkbox"/>	Portugués	<input type="checkbox"/>	Árabe	<input type="checkbox"/>	Coreano
<input type="checkbox"/>	Vietnamita	<input type="checkbox"/>	Italiano	<input type="checkbox"/>	Mandarín
<input type="checkbox"/>	Khmer	<input type="checkbox"/>	Haitiano/Criollo	<input type="checkbox"/>	Idioma por señas
				<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Si usted tiene empleo, favor llenar la información en esta casilla:

Empleador:	Nombre: _____
	Dirección: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____
	Teléfono: (_____) _____

Si hay dos (2) padres en la casa, favor llenar la información siguiente:

INFORMACIÓN DE MADRE/PADRE #2:

Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Nombre primero: _____	Apellido: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Sitio de nacimiento: _____	
Necesito de Servicio:	¿Cuál es la razón de que usted busque servicios de cuidado infantil?	
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo (30 horas o más cada semana)	<input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento o GED	<input type="checkbox"/> Universidad
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Necesidades especiales del niño	<input type="checkbox"/> Busco trabajo
	<input type="checkbox"/> Padre o madre incapacitado	<input type="checkbox"/> Otra: _____
Educación: (Por favor marque la casilla del <u>más alto</u> nivel de educación que usted haya alcanzado.)	<input type="checkbox"/> 0-8° grado	Raza: (marque uno)
	<input type="checkbox"/> 9° a 12° grado	<input type="checkbox"/> Negra/No hispánica
	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Blanca/No hispánica
	<input type="checkbox"/> 12 + algo de universidad	<input type="checkbox"/> Origen hispánico
	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de 2 años	<input type="checkbox"/> India americana/De Alaska
	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de 4 años	<input type="checkbox"/> Asiática/Islands del Pacífico
		<input type="checkbox"/> Otra: _____

Ingresos brutos totales del hogar (Ingresos antes de los impuestos y deducciones.) *Por favor haga lo siguiente:*

1. Llene sólo la información correspondiente al tipo de su hogar (padre/madre solteros U hogar de dos padres).
2. . Sí usted va a tener un empleo con paga, por favor marque el itinerario de pagos que usted recibirá y escriba el monto en dólares que recibirá en cada cheque de nómina (ingresos brutos, NO ingresos netos).

Padre/madre solteros:

- Salario por hora \$ _____ / hora. # de horas trabajadas a la semana _____
- Ingresos brutos semanales \$ _____ / semana
- Ingresos brutos cada 2 semanas \$ _____ / 2 semanas
- Ingresos brutos mensuales \$ _____ / mes.

Por favor marque la casilla y llene el monto de cualquier otro ingreso que usted reciba

- Sustento para niño \$ _____ por _____
- Desempleo \$ _____ por _____
- Seguridad Social \$ _____ por _____
- SSI \$ _____ por _____
- Otros ingresos \$ _____ por _____

Explique cualquier otro ingreso: _____

Dos padres: Use la casilla de arriba para el 1^{er} padre/madre, y llene la información en esta casilla

Ingresos del 2^o

- Salario por hora \$ _____ / hora. # de horas trabajadas a la semana _____
- Ingresos brutos semanales \$ _____ / semana
- Ingresos brutos cada 2 semanas \$ _____ / 2 semanas
- Ingresos brutos mensuales \$ _____ / mes.

Por favor marque la casilla y llene el monto de cualquier otro ingreso que usted reciba

- Sustento para niño \$ _____ por _____
- Desempleo \$ _____ por _____
- Seguridad Social \$ _____ por _____
- SSI \$ _____ por _____
- Otros ingresos \$ _____ por _____

Explique cualquier otro ingreso: _____

Favor de notar que si sus ingresos brutos totales son más que 50% de ingresos promedio del estado (85% si su niño tiene una necesidad especial diagnosticada), usted no tiene derecho a pasar la lista de espera para voucher.

- ¿Alguna vez usted ha recibido Welfare y su caso se cerró dentro del año pasado? Sí No
- En caso AFIRMATIVO, fue debido a (marque sólo uno):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> No poder trabajar por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Límite de tiempo | <input type="checkbox"/> Abuelo no recibió welfare |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
- Si fue por empleo, ¿usted recibió servicios de cuidado infantil después de cerrarse? Sí No

Los siguientes FORMULARIOS PARA NIÑOS piden información específica sobre el tipo de cuidado infantil que usted necesita o desea. Por favor llene uno por cada niño que necesita cuidado o que necesita inscribirse en la lista de espera.

FORMULARIO PARA EL NIÑO #1 (*Si el niño aún no ha nacido llene toda la información que sea posible.)

Marque esta casilla si el niño debe inscribirse en la Lista de Espera Elegible por Ingresos

Nombre Primero: _____ **Apellido:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha en que se requiere el cuidado:** _____
(o fecha esperada)

Sexo: Masculino Femenino **¿Recibe apoyo de niño para este niño?** Yes No

Sitio de nacimiento: _____

¿A este niño se le ha diagnosticado alguna de las siguiente necesidades especiales?

(marque todas las casillas que se apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad conductista | <input type="checkbox"/> Problema de comportamiento social/emocional | <input type="checkbox"/> Incapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Demora en el habla/idioma |
| <input type="checkbox"/> Demora en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno médico | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Si usted está buscando proveedores de cuidado infantil, favor de completar la siguiente información:

¿Qué TIPO DE CUIDADO busca usted? (marque todas las casillas que se apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil en grupo | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil antes de la escuela (para niños de 6 años de edad o más) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil en una familia | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil después de la escuela (para niños de 6 años de edad o más) |
| <input type="checkbox"/> Grupo de juegos | <input type="checkbox"/> Campamento de verano |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Días que requiere cuidado: Do Lu Ma Mi Ju Vi Sa

Horas en que necesita el cuidado infantil: De: _____ am o pm A: _____ am o pm

¿Dónde prefiere usted que el cuidado se localiza?

Cerca de su casa
 Cerca de su trabajo
 Cerca de la escuela del niño
 Otro: _____

Por favor use este espacio para describir otras características específicas que usted busca en un proveedor de cuidado infantil: _____

FORMULARIO PARA EL NIÑO #2

(Usted no necesita llenar este formulario si sólo necesita información y referencias para un niño.)

Nombre Primero: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se requiere el cuidado: _____
(o fecha esperada)

Sexo: Masculino Femenino ¿Recibe apoyo de niño para este niño? Yes No

Sitio de nacimiento: _____

¿A este niño se le ha *diagnosticado* alguna de las siguiente necesidades especiales?

(marque todas las casillas que se apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad conductista | <input type="checkbox"/> Problema de comportamiento social/emocional | <input type="checkbox"/> Incapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Demora en el habla/idioma |
| <input type="checkbox"/> Demora en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno médico | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Si usted está buscando proveedores de cuidado infantil, favor de completar la siguiente información:

¿Qué TIPO DE CUIDADO busca usted? (marque todas las casillas que se apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil en grupo | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil antes de la escuela (para niños de 6 años de edad o más) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil en una familia | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil después de la escuela (para niños de 6 años de edad o más) |
| <input type="checkbox"/> Grupo de juegos | <input type="checkbox"/> Campamento de verano |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Días que requiere cuidado: Do Lu Ma Mi Ju Vi Sa

Horas en que necesita el cuidado infantil: De: _____ am o pm A: _____ am o pm

¿Dónde prefiere usted que el cuidado se localiza?
 Cerca de su casa
 Cerca de su trabajo
 Cerca de la escuela del niño
 Otro: _____

Por favor use este espacio para describir otras características específicas que usted busca en un proveedor de cuidado infantil: _____

SI NECESITA INFORMACIÓN PARA MÁS DE DOS (2) NIÑOS, FAVOR SOLICITAR FORMULARIO PARA NIÑO ADICIONALES.

Si usted tiene niños adicionales, favor de completar la siguiente información:

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Sitio de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>
_____	_____	_____	Masc o Fem
_____	_____	_____	Masc o Fem
_____	_____	_____	Masc o Fem