



CHILD  
CARE  
CHOICES OF  
BOSTON

Affiliated with Action for Boston Community Development, Inc.  
105 Chauncy Street \* Boston, MA.02111 \* 617-542-5437 \* FAX 617-292-4629

## 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.***

**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:**

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

**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: _____

<b>Edad:</b> (marque uno por favor)	<input type="checkbox"/> 12 a 17 years	<b>Raza:</b> (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/Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> 70 o más		<input type="checkbox"/> Otra: _____

<b>Educación:</b> (Por favor marque la casilla del <u>más alto</u> nivel de educación que usted haya alcanzado.)	<input type="checkbox"/> 0-8° grado	<b>Vivienda:</b> (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 <b>seguro médico</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted <b>incapacitado</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted recibe <b>cupones para alimentos</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

<b>Idioma:</b>	¿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:**

<b>Empleador:</b>	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:**

<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
<b>Nombre primero:</b> _____	<b>Apellido:</b> _____	
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>Sitio de nacimiento:</b> _____	
<b># de Seguridad Social:</b> _____ - _____ - _____		
<b>Necesito de Servicio:</b>	¿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: _____
<b>Educación:</b> (Por favor marque la casilla del <u>más alto</u> nivel de educación que usted haya alcanzado.)	<input type="checkbox"/> 0-8° grado	<b>Raza:</b> (marque uno)
	<input type="checkbox"/> 9° a 12° grado	<input type="checkbox"/> Negra/No hispanica
	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Blanca/No hispanica
	<input type="checkbox"/> 12 + algo de universidad	<input type="checkbox"/> Origen hispanico
	<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/Islas 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. Si 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<sup>er</sup> padre/madre, y llene la información en esta casilla

**Ingresos del 2°** 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.**

Tamaño de la familia:	50% de los ingresos promedio	85% de los ingresos promedio
2 personas	\$559 semanales o 2,420 mensuales	\$949 semanales o 4,114 mensuales
3 personas	\$690 semanales o 2,990 mensuales	\$1,173 semanales o 5,083 mensuales
4 personas	\$821 semanales o 3,559 mensuales	\$1,396 semanales o 6,051 mensuales
5 personas	\$953 semanales o 4,129 mensuales	\$1,620 semanales o 7,019 mensuales
6 personas	\$1,084 semanales o 4,698 mensuales	\$1,843 semanales o 7,987 mensuales

¿Alguna vez usted ha recibido Welfare y su caso se cerró dentro del año pasado?  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, fue debido a  Empleo  No poder trabajar por incapacidad  
 (marque sólo uno):  Límite de tiempo  Abuelo no recibió welfare  
 SSI  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:** \_\_\_\_\_ **# de Seguridad Social del niño:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**¿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: \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social del niño: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿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># de Seguridad Social</u>	<u>Sitio de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>
_____	_____	_____	_____	Masc o Fem
_____	_____	_____	_____	Masc o Fem
_____	_____	_____	_____	Masc o Fem