

Formulario de Inscripción para el Cuidado Infantil para Trabajadores Esenciales COVID-19

Complete la siguiente información para el padre o cuidador que es un Trabajador Esencial COVID-19 que necesita cuidado infantil para sus hijos.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO-

SI USTED, O CUALQUIERA EN SU HOGAR, HA SIDO POSITIVO PARA COVID-19, TIENE UN CASO 'BAJO INVESTIGACION' O HA SIDO DETERMINADO PRESUNTO POSITIVO Y LE HAN PEDIDO QUE SE QUEDE EN CUARENTENA, NO APLIQUE PARA SERVICIOS DE CUIDADO DE HIJOS Y SEGUIR EL CONSEJO DE PROFESIONALES DE CUIDADO DE SALUD. -

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo nombre/Inicial:
-----------	----------------	-------------------------

¿Es usted un cliente actual de servicios de cuidado infantil? Por favor, coloque una marca de verificación por su respuesta a continuación:

Sí: ☐ No: ☐ Inseguro: ☐

Fecha de nacimiento:

Dirección de residencia:	Ciudad:	Código postal:	Condado:
--------------------------	---------	----------------	----------

Dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	Código postal:	Condado:
-------------------------------------	---------	----------------	----------

Teléfono de casa:	Teléfono de Celular:
-------------------	----------------------

Teléfono en el trabajo:	Correo electrónico:
-------------------------	---------------------

Después de enviar este formulario, el personal de Workforce Solutions se pondrá en contacto con usted y se le pedirá información personal adicional por teléfono, incluyendo, entre otros, género, número de seguro social y raza/etnicidad.

Complete la siguiente sección con información para los niños que necesitan cuidado infantil:

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género (M/F)

Qué ocupación lo califica como trabajador esencial durante la pandemia de COVID-19? Coloque una marca de verificación en la categoría de ocupación que mejor lo describa:

Farmacia ☐	Entrega de Correo ☐
Hospitales ☐	Personal militar ☐
Gobierno Local o Estatal ☐	Otro ☐
Entrega de alimentos o restaurantes ☐	Por favor describa otro a continuación:
Socorrista ☐	
Gasolinera ☐	
Cuidado de Niños, atención médica domiciliar a personas m ☐	
Cuidador ☐	

Ingrese el nombre y la dirección del empleador:

The Texas Workforce Commission in partnership with 28 local workforce development boards forms Texas Workforce Solutions Equal Opportunity Employer/Program Auxiliary Aids and Services are available upon request to individuals with disabilities. Relay TX: 711 or 1-800-735-2988 (Voice) or 1-800-735-2989 (TDD). La Texas Workforce Commission esta en colaboración con 28 juntas locales de desarrollo laboral forman La Texas Workforce Solutions. Es un empleador que promueve la igualdad de oportunidades. Relay TX: 711 o 1-800-735-2988 (Voice) o 1-800-735-2989 (TDD) Documentos y formularios estan disponibles en Español a petición. Favor de llamar al 1-877-223-0404 ext 4013.

Formulario de Inscripción para el Cuidado Infantil para Trabajadores Esenciales COVID-19

¿Por qué necesita cuidado temporal en este momento? Por favor, coloque una marca de verificación en la casilla junto a todas las razones que se aplican:

El proveedor regular de cuidado infantil del niño está temporalmente cerrado	☐
La escuela del niño está temporalmente cerrada	☐
El proveedor regular de cuidado infantil del niño tiene una capacidad limitada y no puede cuidar a mi hijo	☐
El niño generalmente se queda con un amigo/familia que ya no puede cuidar a mi hijo	☐
El proveedor regular de cuidado infantil del niño ha cerrado	☐
Otro	☐
Por favor describa:	

Según el tamaño de la familia*, ¿sus ingresos están por debajo de estos límites anuales o mensuales?**

Por favor, coloque una marca de verificación por su respuesta:

Sí	☐
No	☐

* El tamaño de la familia consiste en aquellos en el hogar que pueden ser reclamados como dependientes de una declaración de impuestos federal o un menor que es responsabilidad del padre/ solicitante.

**Los ingresos no incluyen asistencia federal o estatal o manutención infantil y son sus ingresos antes de que se consuelen los impuestos.

Tamaño de la Familia	Ingreso anual del hogar (Aproximadamente 150% State Median Income) a o por debajo	Ingreso mensual del hogar (Aproximadamente 150% State Median Income) a o por debajo
2	\$80,000	\$6,700
3	\$99,000	\$8,200
4	\$118,000	\$9,800
5	\$136,000	\$11,300
6	\$155,000	\$13,000
7	\$159,000	\$13,200
8	\$162,000	\$13,500
9	\$166,000	\$13,800
10	\$169,000	\$14,100

Al firmar este documento, usted acepta la siguiente declaración:

Certifico que soy un empleado esencial en mi lugar de trabajo, que está proporcionando servicios esenciales a los tejanos durante la pandemia COVID-19, y no tengo acceso a una opción de cuidado infantil alternativa segura y saludable durante la pandemia.

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y el cuidado de los niños puede ser terminado si se encuentra que alguna de esta información es incorrecta. Entiendo que dar información falsa puede constituir fraude y podría dar lugar a la persecución y/o reembolso de dinero por servicios por los que no tenía derecho.

Las Firmas Electrónicas son aceptables

Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha:
------------------------------	--------

Por favor,Envíe su solicitud completada por:

Subiéndolo a: [HTTPS://tarrantcountycms.org/covid-19uploads](https://tarrantcountycms.org/covid-19uploads)

O

Enviarlo por fax a (817)840-7211