



10601 Belcher Road, South  
 Largo, FL 33777 Phone: (727) 547-5700 Fax: (727) 547-2971  
 Email: [family\\_services@childcarepinellas.org](mailto:family_services@childcarepinellas.org)  
 Web Page: [www.childcarepinellas.org](http://www.childcarepinellas.org)

**FORMULARIO PARA BECAS DE ASISTENCIA PARA NIÑOS**  
**SOLICITANTE: FOR FAVOR LEA Y COMPLETE TODO EL FORMULARIO (use solamente PINTA NEGRA o AZUL),**  
**LUEGO FIRME Y ESCRIBA LA FECHA**

<b>Solamente Para Uso Oficial: I. ELEGIBILIDAD</b>	<b>II. ELEGIBILIDAD AUTORIZADA DESDE:</b> /    /    /
<b>Agencia de Servicio:</b> _____ <b>Contrato:</b> _____ <b>Elegibilidad:</b> _____	<b>PRÓXIMA FECHA DE REDETERMINACIÓN:</b> /    /    /

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE PADRE/ TUTOR**

<b>Nombre del Solicitante: Nombre</b>			<b>Apellido</b>			<b>Inicial</b>			<b>Nombre del Cónyuge u otro padre (en el hogar):</b>			<b>Apellido</b>			<b>Inicial</b>				
<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Raza/ Sexo</b>		<b>Seguro Social/ Num: de Identificación (opcional)</b>				<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Raza / Sexo</b>		<b>Seguro Social/ Num: de Identificación (opcional)</b>							
<b>Teléfono del Hogar:</b>			<b>Teléfono del Trabajo:</b>			<b>Dirección del Correo Electrónico (E-mail):</b>						<b>Estado Civil:</b>							
<b>Dirección:</b>					<b>Ciudad:</b>					<b>Estado:</b>					<b>Código Postal:</b>		<b>Condado:</b>		
Condición Residencial: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro																			
<b>Nivel de Educación (Último grado completado):</b> _____									<b>Tamaño de la Familia:</b>				<b>Lenguaje Preferido:</b>						
<b>Nivel de Educación del Cónyuge/ Otro Padre:</b> _____																			

**SECCIÓN IV. NIÑO/S QUE REQUIERE/N ASISTENCIA (De 0 a 12 años) – Enumere al niño más pequeño primero!**

Nombre del Niño(s) que necesitan asistencia	Relacion con el Solicitante	Raza	Sexo	Seguro Social/ Num: de Identificación (opcional)	Fecha de Nacimiento	Pago Diario del cuidado (estimado)
1.						/
2.						/
3.						/
4.						/
5.						/

**SECCIÓN V. NOMBRE DE LOS OTROS RESIDENTES EN LA CASA**

Nombre de otra/s persona/s que residen en la casa			Raza	Sexo	Seguro Social/ Num: de Identificación (opcional)	Fecha de nacimiento:	Relación con el solicitante	Si relacionado con usted contribuir financieramente a el hogar	Relación con cada niño mencionado en la sección IV (Arriba)
Apellido	Nombre	Inicial							
1.								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2.								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3.								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4.								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Usted tiene el derecho a solicitar asistencia y a que se determine su elegibilidad sin tener en cuenta su raza, sexo, color, edad, incapacidad, religión, nacionalidad, estado civil o creencias políticas. Si tiene una incapacidad que limite sustancialmente realizar la mayoría de las actividades cotidianas, por favor infórmenos para que podamos tomar las precauciones necesarias, sin causarle ninguna carga o problema adicional. Usted tiene derecho a que toda la información que proporcione sea mantenida en forma confidencial. CCC y sus Patrocinadores sólo utilizarán esta información para establecer la elegibilidad de su familia para becas de asistencia de cuidado de niños. CCC le preguntará por su número de Seguridad Social, pero usted tiene el derecho a darlo o no. Si usted decide proveernos el número de Seguridad Social suyo y de su familia, CCC lo usará solamente como una herramienta de registro, que es única y conocida por usted. CCC o sus Patrocinadores, no divulgaran, sin su autorización previa, ninguna información que usted nos haya dado otra que la indicada e identificada el "Acuerdo del Participante en las Becas Para el Cuidado de Niños". Usted tiene el derecho a estar informado sobre los cambios de su elegibilidad para asistencia de niño, antes de que estos cambios ocurran.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor  
 (CCC Revisada 10/3/07, 03/25/09)

\_\_\_\_\_  
 Fecha