

Coordinated Child Care of Pinellas, Inc.
Beca de Cuidado de Niños
Hoja de Ingreso

Por favor, indique abajo la información sobre todos los miembros de su núcleo familiar que tienen empleo: (Se necesita verificación)					
Nombre del Empleado	Nombre de la la Compañía /Empleador	Dirección de la Compañía	Teléfono del Empleador	Frecuencia de Pago (Marque uno)	
				<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal
				<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semi-Mensual
				Otro: _____	
				<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal
				<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semi-Mensual
				Otro: _____	
				<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal
				<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semi-Mensual
				Otro: _____	
Por favor, indique abajo la información sobre todos los miembros de su núcleo familiar que van a la escuela o programa de entrenamiento: (Se necesita verificación)					
Nombre del Estudiante	Nombre de la Escuela or Programa	Dirección de la Escuela or Programa	Horas por Semana:		
Si alguien que vive en el núcleo recibe ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes, marque el cuadro y responda las preguntas:					
<input checked="" type="checkbox"/> Tipo de ingreso recibido	Nombre de la persona(s) que recibe el ingreso	Cantidad que recibe (Se necesita verificación)	Con que Frecuencia (Marque Uno)		
TANF (Ayuda en efectivo)			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Manutención para el niño (Child Support)			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Seguro Social/SSI			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Pensión alimenticia (Alimony)			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Desempleo/Compensación al trabajador			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Pensión/Beneficio de Veteranos			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Other: _____			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	Other: _____
Recive Cupones de Alimentos: Si: _____ No: _____ Cantidad Recibida: _____ (No Incluido en su ingreso familiar)					
Esta sección de abajo es para uso Oficial de CCC - APLICANTE FOR FAVOR DE NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO					
Funding C _____	Number of Members: _____	Earned Income #1-Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
		Earned Income #2-Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 =
Total Funding Group #1 Annual Income:				<input style="border: 1px solid black;" type="text" value="\$0.00"/>	\$0.00
Funding C _____	Number of Members: _____	Earned Income #1-Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
		Earned Income #2-Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 +
	Unearned Income Type: _____	Average: _____	Frequency: _____	Annual: _____	\$0.00 =
Total Funding Group #2 Annual Income:				<input style="border: 1px solid black;" type="text" value="\$0.00"/>	\$0.00
Youngest Child: FT: _____ PT: _____	Other Child(ren) : FT: _____ PT: _____	Fees Effective: _____			
(List Daily Fees Only)		(List Daily Fees Only)			
Explain Fluctuating/Excluded Income: _____					
Verified by Phone Call to: _____ @ _____ Date: _____					
Signature Family Services Staff: _____ Date: _____					