



Solicitud para una Lista de Referencias

Información Sobre sus Ingresos

(Esta sección deberá ser llenada antes de obtener una lista de proveedores de cuidado de niños)

Tal vez haya una cuota por éste servicio, dependiendo del tamaño de su familia y de sus ingresos. Por favor circule la caja que refleja el tamaño de su familia e ingresos. Si usted tiene que pagar una cuota, envíe la cantidad en cheque o giro postal (a nombre de: YWCA Child Care Solutions) junto con la solicitud.

De Pago	\$0	\$0	\$10	\$20	\$30
Por Cliente de 2009 a nivel federal de pobreza	Su ingresos bajo?	Su ingresos bajo?	Su ingresos bajo?	Su ingresos bajo?	Su ingresos bajo?
2	<input type="checkbox"/> \$29,140	<input type="checkbox"/> \$43,713	<input type="checkbox"/> \$50,995	<input type="checkbox"/> \$58,280	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> \$36,620	<input type="checkbox"/> \$54,930	<input type="checkbox"/> \$64,085	<input type="checkbox"/> \$73,240	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> \$44,100	<input type="checkbox"/> \$66,150	<input type="checkbox"/> \$77,175	<input type="checkbox"/> \$88,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> \$51,580	<input type="checkbox"/> \$77,370	<input type="checkbox"/> \$90,265	<input type="checkbox"/> \$103,160	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> \$59,060	<input type="checkbox"/> \$88,590	<input type="checkbox"/> \$103,355	<input type="checkbox"/> \$118,120	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> \$66,540	<input type="checkbox"/> \$99,810	<input type="checkbox"/> \$116,445	<input type="checkbox"/> \$133,080	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> \$74,020	<input type="checkbox"/> \$111,030	<input type="checkbox"/> \$129,535	<input type="checkbox"/> \$148,040	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre del Trabajo: _____ Nombre del trabajo del Esposo(a): _____

Correo Electronico: _____

Elija Uno: A. Soy Mayor de 20 Años B. Soy Menor de 20 Años

Información de su Familia

Tamaño de la familia: (Incluyendo, Padres, niños y si está embarazada)

Adultos en el hogar: A. Padre (Madre/ Padre) B. 2 Ambos Padres

C. Tutor D. Madre ó Padre Adoptivo(a) o de Crianza

Su relacion con los niños: A. Madre B. Padre C. Pariente D. Otro

Información del Niño (s)

(Si Usted tiene más de un niño que necesita cuidado, por favor empiece con el más grande de edad.)

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

(Continúa al Reverso)

Si Su hijo (a) necesita cuidados especiales o tiene alergias (Marque uno): A. Si B. NO

Si tiene, Explique : _____

Circule los días que necesita ayuda: Domingo Lunes Martes Miercoles Jueves Viernes Sabado

Fecha del primer día que necesita cuidado: _____

Escriba lo más temprano que dejaría a su hijo(a) (Especifique AM, PM): _____

Lo más tarde que lo (a) recogería (Especifique AM, PM): _____

Horario: Tiempo completo Parcial Temporal/Emergencia

Tipo de cuidado preferido: Guardería Guardería en la casa Pre-Kinder

Localización de Proveedores que Prefiere (Elija Uno): Cerca de su Hogar (Código Postal): _____

Cerca del Trabajo (Código Postal): _____

Cerca de la Escuela (Código Postal): _____

Otra parte (Códigos Postales): _____

Asistencia del Cuidado de Niños (Elija todos los que apliquen):

Actualmente, ¿ recibe asistencia del Programa para el Cuidado de Niños? (Este es el Programa de YWCA que ayuda a pagar parte del costo para el cuidado de niños).

¿ Usted ha puesto o planea poner una solicitud para el Programa de asistencia el pago del cuidado de niños?

Cupon de DCFS (Padre/ Madre Crianza)

Idiomas que el Proveedor Debe Ser Capaz de Hablar (Marque los que apliquen):

Inglés

Español

Otro (Explique): _____

Referidos Por (Elija todas las razones):

411/Páginas Blancas

Páginas Amarillas

Internet

Familiar/Ami

Usuario Anterior

Publicidad Anterior

Proveedor

Agencia Publica

Agencia Privada

Razones Por las que Necesita Cuidado de Niños (Elija todas las razones):

Disgustado con el servicio provisto Horario de trabajo extendido Proveedor renuncio

Educacion/Adiestramiento Necesidades del(a) niño Cambio de ciudad

Cambio el horaio de trabajo No tiene proveedor Necesidades Especiales

Necesidades de los padres Empleo

Información de la Oficina de Censos (opcional)

Blanco

Afroamericano

Nativo de Hawái

Japonés

Chino

Vietnamicé

Samoano- Samoan

De otra Isla Pacifica

Filipino

Indio Asiático

De otra Isla Pacifica

Indio Americano/Nativo de Alaska

Persona de Guam o Chamorro

Hispanic/Latino

Tipo De Entrega (Elija uno)

Correo En Persona (por favor pregunte a la recepcionista el tiempo disponible para recogerla) Correo Electronico

For Office Use Only

Contacted By: _____ Contact Date: _____ Reached Client/Left Message/No Answer/Sent Letter via Mail Referral

Packet Sent By: _____ Date Sent: _____ Sent Via: Email/Mail/Pick-Up

of Referrals Sent: _____ (if under 3 referrals, please indicate reason): _____

Materials Sent: _____