

# Lista de documentos de beca de Smart Start Child Care

**Para calificar para el Programa de becas de Smart Start, debe cumplir con las siguientes pautas de elegibilidad:**

- Niño (s) de 0 a 5 años no matriculado en Kindergarten.
- Niño (s) cuyos padres viven en el condado de Forsyth.
- Niño (s) cuyos padres trabajan como mínimo un promedio de 25 horas por semana.
- Niño (s) cuyos padres están en la escuela para recibir un GED, Escuela Vocacional (incluyendo cosmetología) o asistir a la universidad a tiempo completo (12 horas crédito mínimo, incluyendo clases en línea) para recibir un grado de asociado o bachillerato.
- O una combinación de trabajo a tiempo parcial, asistiendo a la escuela a tiempo parcial cumpliendo con las 25 horas de los criterios de calificación.

**Por favor devuelva la siguiente información para que su solicitud este completa:**

- Solicitud completada
- Copia del certificado de nacimiento del niño
- Si es estudiante a tiempo completo / parcial; Horario escolar actual
- Los talones de cheque actualizados que muestran un mes de ingresos corrientes consecutivos para la madre y el padre (si ambos están en el hogar), si solo uno de los padres está en el hogar, sólo se requieren sus talones de cheque de ese padre. 1 si se paga mensualmente, 2 si se paga bisemanal, 4 si se paga semanalmente.
- Si lo contrataron recientemente, necesitamos una carta de verificación de empleo en una hoja que contenga el sello/logo de la compañía. Deberá contener el día que comenzó o comenzara a trabajar, cuantas horas trabaja y el sueldo o cuánto va a ganar por hora.
- Información sobre cualquier otro ingreso que usted este recibiendo, como Child Support, SSI, Disability, etc.

**A partir del 10 de julio de 2017, devuelva la solicitud completa a:**

**Smart Start of Forsyth County  
Scholarship Application  
7820 North Point Blvd, Ste. 200  
Winston-Salem, NC 27106  
(336) 714-4362 phone / (336) 725-5438 fax  
Email: [stacim@smartstart-fc.org](mailto:stacim@smartstart-fc.org)**

# Aplicación para Beca y Asistencia de Emergencia del Cuidado de Niños de Smart Start 2017 – 2018

*Smart Start del Condado de Forsyth provee fondos para Las Becas y El Program de Emergencia del Cuidado de Niños*

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE-TODAS DEBEN SER REPONDIDAS)**

Para que tipo de ayuda esta aplicando (Marque UNA o LAS DOS)?

Asistencia Regular-Continua

Programa de Emergencia(4-8 semanas)

<b>Emergency Assistance Application</b>			
Si esta aplicando para el Program de Emergencia, incluya una carta detallada explicando la situación de emergencia, incluya algún tipo de documentación verificando la situación(carta de su empleador, carta del Doctor, Documento de la Corte, etc). Tambien incluya una explicación detallada de como piensa pagar por la Guarderia despues que la cobertura de Emergencia termine.			
<b>Nombre de Padre/Madre o Solicitante:</b>			
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Seguro Social #</b>	
<b>Dirección del Hogar:</b>			
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>No. de Teléfono del Hogar:</b>	<b>No. de Telf Celular:</b>		<b>No. de Telf del trabajo:</b>
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Contacto de Emergencia:</b>		<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Estado Civil del Apicante (marquee una):</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<b>Nivel de Educación (marquee uno):</b> <input type="checkbox"/> En Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Dejo la Escuela <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> En La Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad <input type="checkbox"/> Maestría	
<b>Que lenguaje se habla con más frecuencia en la casa?</b>		<b>Alguno de los aplicantes esta en la Escuela? Si es así, Donde?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	
<b>Cuántas Direcciones ha tenido el niño(a) en el pasado año?</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 8 or más		<b>En su casa han experimentado alguna de las siguientes situaciones ? (marque todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Sin Vivienda <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Reducción de Horas en el Trabajo <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Reporte de Abuso de menores o Negligencia <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica o Problemas Físicos <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior se aplica a mi familia <input type="checkbox"/> No me siento cómodo contestando	

**Niños por los que esta pidiendo asistencia: (de 0 to 5 años)**

Primer Nombre	Apellido(s)	Fecha de nacimiento	Raza/Grupo Étnico	Sexo M/F	El niño es Ciudadano Americano?
1.			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Incluya el Certificado de Nacimiento del niño</b>
2.			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____		
3.			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____		
4.			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Alguno de los niños ha recibido alguno de los siguientes servicios en el último año? Si es así, anote el nombre del niño:</b> <input type="checkbox"/> IFSP (Plan Individualizado de Servicios para la Familia) _____ <input type="checkbox"/> CDSA (Servicio de Desarrollo de Agencia de Niños) _____ <input type="checkbox"/> IEP (Plan Individualizado de Educación) _____ <input type="checkbox"/> Desafío físico de algún tipo para su hijo(s) _____ <input type="checkbox"/> No aplica a mi hijo(s)					

<b>Nombre de la Guardería Seleccionada</b>	<b>Estrellas (debe tener 3/4/5 estrellas)</b>
1. <input type="checkbox"/> No he seleccionado ninguna en este momento	
2.	

1. El niño por el que esta aplicando, esta asistiendo la Guardería ahora ?  Si  No
2. Esta recibiendo Vales/Cupones para la Guardería del Dept de Servicio Social(DSS) para algún niño de las edades de 0-5 años?  Si  No
3. Ha recibido ayuda del Programa de Smart Start?  Si  No
4. El niño(s) por el que aplica vive en la casa?  Si  No

Verificación de Ingresos: Proporcione Talones de cheques o documentación de todas las Fuentes de ingresos de todos los adultos que viven en el hogar, que tienen la custodia o tutela del niño(s)	Aplicante Principal	Otro Adulto o Guardián en la casa
<b>Nombre y Apellido</b>		<input type="checkbox"/> No Aplica
<b>Nombre del empleador/escuela:</b>		
<b>Períodos de Pago: Por favor, enumere el número de veces que se les paga cada mes e incluya talones de cheques de un mes</b>	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Manutención/Child Support (Marque UNO):</b> <input type="checkbox"/> Orden de la Corte <input type="checkbox"/> Directo/Voluntario	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>Ingreso del Seguro Social</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>Ingreso de Incapacidad SSI</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>Ingreso de Incapacidad SSA</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>WWFA (Work First)</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>Beneficios de Desempleo</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>2<sup>do</sup> Trabajo</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____
<b>Otro (Agregue la Lista):</b>	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____	<input type="checkbox"/> No Aplica Monto: _____

Otras personas que viven en la Casa <input type="checkbox"/> No Aplica	Relación con el niño(s)	Edad	Fuente de Ingreso(Monto)	Frecuencia de Pago
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro

*Yo afirmo que toda la información contenida en esta aplicación es correcta y todos los documentos de apoyo son verdaderos.*

*Proporcionar información incorrecta para poder calificar por asistencia de Smart Start, constituye fraude y resultara en la **expulsión inmediata** de los programas de subsidio de Smart Start por un tiempo mínimo de doce (12) meses.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**¡Advertencia!** Smart Start del Condado de Forsyth (SSFC) buscan y tratan de apoyar la calidad del cuidado de todos los niños, los requisitos para participar en este programa de becas fueron creados para ese propósito. Los padres deberán tomar la ultima decisión con respecto a la inscripción o registración de sus niños en las guarderías. Por lo tanto, SSFC no se hacen responsables de cualquier descontento relacionado con los servicios y la calidad del cuidado de niños. Nosotros les sugerimos a los padres que visiten y entrevisten las distintas guarderías antes de tomar una decisión.

**Complete la Aplicación y Devuélvala a:**

**Smart Start of Forsyth County, Scholarship Application, 7820 North Point Blvd, Ste. 200, Winston-Salem, NC 27106  
(336) 714-4362 phone / (336) 725-5438 fax; email: [stacim@smartstart-fc.org](mailto:stacim@smartstart-fc.org)**