



**APLICACIÓN PARA EL  
WORKING PARENTS ASSISTANCE  
PROGRAM (WPA)  
Montgomery County, Maryland**

Case ID # \_\_\_\_\_  
Worker's Initials \_\_\_\_\_  
**DEADLINE DATE (fecha tope)**

**SU INFORMACIÓN**

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Seguro Social
Dirección			Numero de teléfono
Ciudad	MARYLAND	Codigo Postal	Celular
Estado Civil	Sexo (M, H)	Fecha de Nacimiento	¿Ha solicitado nuestro subsidio antes?

**INFORMACIÓN DE SU ESPOSO/COMPAÑERO/PADRE DE SUS HIJOS VIVIENDO CON USTED**

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Seguro Social
----------	---------------	---------	---------------------	---------------

**SU ACTIVIDAD**

**ACTIVIDAD DE SU ESPOSO**

Empleador	Empleador
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono
Días de la semana	Días de la semana
Horario de trabajo	Horario de trabajo
Nombre de Escuela	Nombre de Escuela
Posgrado ___ No licenciado ___ Vocacional ___ High School ___	Posgrado ___ No licenciado ___ Vocacional ___ High School ___
Dirección	Dirección
Tiempo Completo ___ Medio ___ Semestre _____	Tiempo Completo ___ Medio ___ Semestre _____

**INFORMACIÓN DE SUS HIJOS**

Nombre de su Hijo/Hija	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Cuidado Tiempo Completo	Tiempo Parcial	Su Relación

**SOBRE LOS PADRES AUSENTES DE SUS HIJOS**

Nombre de su Hijo/Hija	Nombre del Padre Ausente	Fecha de Nacimiento del Padre	Seguro Social del Padre Ausente	¿Tiene un caso abierto con la corte o divorcio estipulando manutención?

**SUS INGRESOS**

<b>Del Trabajo</b>	<b>Cantidad en Bruto, antes de los Impuestos</b>	<b>¿Anual, Semanal, Cada Dos Semanas, Dos Pagos Cada Mes?</b>
<b>Manutención Infantil</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Semanal, Mensual</b>
<b>Otros Ingresos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Semanal, Mensual</b>

**LOS INGRESOS DE SU ESOSO**

<b>Del Trabajo</b>	<b>Cantidad en Bruto, antes de los Impuestos</b>	<b>¿Anual, Semanal, Cada Dos Semanas, Dos Pagos Cada Mes?</b>
<b>Otros Ingresos</b>	<b>Cantidad en Bruto, antes de los Impuestos</b>	<b>¿Anual, Semanal, Cada Dos Semanas, Dos Pagos Cada Mes?</b>

¿Está usted o alguno de sus hijos recibiendo beneficios SSA superviviente o beneficios del Seguro Social de un padre fallecido? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

Alguno de los niños tiene necesidades especiales? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, cual niño?  
\_\_\_\_\_

¿Usted o su compañero/ra paga manutención ordenada por la corte, a un niño fuera de su casa? \_\_\_\_\_

La información que he proporcionado en esta solicitud y todos los documentos presentados en apoyo de esta solicitud son verdaderos, correctos y completos. Entiendo que mi caso puede ser terminado por hacer declaraciones falsas o incorrectas y no reportar cambios.

Yo entiendo que tengo el derecho de apelar si no estoy satisfecho con las medidas adoptadas por el Programa de Asistencia para los padres que trabajan (WPA). Presentare mi carta de petición dentro de diez (10) días desde la fecha de la notificación de la decisión.

Le doy autorización al Programa de Asistencia para los padres que trabajan (WPA) para verificar mis ingresos, cheques y cuentas de ahorro, seguros, vivienda o invalidez, y todos los otros hechos pertinente a mi elegibilidad para subsidio de cuidado infantil.

Le doy permiso El Programa de Asistencia para los padres que trabajan (WPA) para darle información a mi proveedor sobre mi solicitud. (Por favor marque una: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_)

Firma del aplicante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del co-aplicante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de trabajadora/trabajador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_