

**Formulario para Solicitar Búsqueda de Cuidado Infantil
Base de Datos de LOCATE: Child Care**

Descargo de Responsabilidad: Todos los programas listados en la base de datos LOCATE: Child Care están regulados por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Education del Estado de Maryland, aprobados por el Departamento de Educación del Estado ó certificados por el Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland. Cuando LOCATE identifica y provee a los padres con listados de programas, esto significa que los programas identificados están regulados por la agencia apropiada y han cumplido con los requisitos establecidos por dicha agencia. La responsabilidad de proveer a LOCATE con listados actualizados y correctos de proveedores registrados, recae sobre las agencias reguladoras. La Responsabilidad de seleccionar y emplear a un proveedor de Cuidado Infantil recae sobre los padres.

LOCATE: Child Care no puede garantizar la calidad de servicios que ofrecen los proveedores que están en sus archivos é incetiva a los padres a entrevistar minuciosamente y a verificar referencias antes de dejar a sus niños bajo el cuidado de estos programas. Los nombres de proveedores referidos por LOCATE no constituyen una recomendación en cuanto a la calidad de los programas ó servicios proporcionados por tales proveedores.

Favor de enviar el formulario lleno por fax al **301-279-1812** o envíelo al:

**LOCATE: Child Care
Montgomery County Child Care Resource and Referral Center
332 West Edmonston Drive
Rockville, MD. 20852**

Solicitaciones vía fax: favor de dar 24 horas para procesar. Si necesita asistencia llame al **240-777-3130**
Por favor conteste todas las preguntas. Respuestas incompletas retrasaran el proceso de su solicitud.

Información Personal (Favor de escribir claro)

1. Nombre completo del padre: _____
2. Dirección: _____
3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
4. Es Ingles su idioma materno? Sí No

Si no, cuál es su idioma materno? _____

Las familias con niños que tengan algún tipo de necesidad especial, tales como retasos en el desarrollo, problemas de comportamiento, condiciones físicas o médicas podrían calificar para nuestros ervicios especializados. Favor de llamar al 240-777-3130 para confirmar su elegibilidad antes de llenar este formulario.

También ofrecemos servicios especializados para empleados de compañías que tienen contratos con LOCATE. Favor de indicar el nombre de su empleador

5. Empleador: _____
6. Empleador del conyuge: _____

7. Alguna vez a utilizado los servicios de LOCATE: Child Care? (favor de escribir claro)
- Nunca
 - Sí. Encontré cuidado pero aún necesito más referidos.
 - Sí. No encontré cuidado y aún necesito más referidos.

8. Razón por la que necesita cuidado infantil?

- Empleo de los padres
- Mudanza/relocalización
- Estudios del Padre
- Entrenamiento del Padre
- Búsqueda de empleo
- Socialización del niño/a
- Educación del niño/a
- Disatisfecho con el cuidado actual (razón): _____

Para reportar una queja llame a la Oficina de Cuidado Infantil al 240-314-1400.

LOCATE: Child Care hace llamadas de control de calidad. Nos daría permiso para contactarle?

Yes

No

-
9. Número de teléfono de trabajo: _____

10. Número de teléfono del casa: _____

11. Número de teléfono celular: _____

12. Número de fax: _____

Cuál es el mejor teléfono para llamarle? Trabajo Casa Celular

Cuál es la mejor hora para llamarle entre las 9:00am-12:00pm y la 1:00pm-5:00 pm? _____

13. Cuál es su relación con el/la niño/a? (favor de marcar uno):

- Padre Agencia Amigo Pariente

14. Cómo escucho de LOCATE: Child Care desde un comienzo? (favor de marcar uno)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guía Telefónica | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Media | <input type="checkbox"/> Página Web |
| <input type="checkbox"/> Poster/Pamfleto | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Pariente |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Agencia (Biblioteca, Agencia Comunitaria, etc) |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado/Centro | <input type="checkbox"/> Centro de Recursos y Remisiones |
| <input type="checkbox"/> Amigo | Nombre: _____ |

15. Como desearía recibir sus referidos? (favor de marcar uno)

- Teléfono Correo Postal Fax/Número de fax: _____

16. Desearía cuidado cerca de: (favor de marcar uno):

- Residencia
- Empleo
- Escuela del Padre
- Casa de un pariente
- Escuela o residencia del niño/a
- Residencia y/o empleo
- En ruta a la escuela o empleo

Dirección: _____
 Dirección: _____
 Dirección: _____
 Dirección: _____

17. Yo me transporto utilizando (favor de marcar uno):

- Auto
- Camino
- Tren/Metro (estación de tren): _____
- Autobus público (ruta número): _____

Intento de alcance a la comunidad:

LOCATE: Child Care participa en varios programas de alcance a la comunidad, hacemos las preguntas que vienen a continuación para ayudarle a determinar si podría ser elegible para alguno de estos programas. Números telefónicos y información de contacto de dichos programas se encuentra a continuación.

18. ¿Cuántos miembros hay en su familia inmediata? (padre(s) y niño(s) solamente): _____

19. ¿Hogar con un sólo padre o con ambos?: (please check one)

- Sólo
- Ambos

20. ¿Cuántos niños hay en su familia inmediata? _____
¿Cuántos niño/s necesitan cuidado? _____

21. Y su familia inmediata recibe:

- TCA—Asistencia Temporal Financiera Sí No
- FS—Estampillas de Comida Sí No

22. A solicitado TCA pero aún no esta recibiendo los beneficios? Sí No

23. Y su niño/a recibe:

- MA—Asistencia Médica Sí No
- SSI—Ingreso Suplementario del Seguro Social Sí No

24. Hay cobertura de seguro médico que cubre los niños bajo la edad de 19 años?

- Sí
- No

Si usted no tiene cobertura de salud para sus niños, por favor lea y responda la siguiente pregunta:

25. Su familia podría esta elegible para **Medicaid** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

Composición

Familiar Limite de Ingreso

- 2 \$28,000
- 3 \$35,200
- 4 \$42,400
- 5 \$49,600
- 6 \$56,800
- 7 \$64,000
- 8 \$71,200

- SI—Podría ser elegible (**Contacte 240-777-4769**)
- Elegible—no necesito el número
- Tengo cobertura de salud
- NO—por encima de la tabla de ingreso límite
- Prefiero nt compartir información

Responda si u niño es menor de 5 años de edad:

26. Su familia podría ser elegible para **WIC (Mujeres, Infantes y Niños)** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

Composición

Familiar	Limite de Ingreso
1	\$19,240
2	\$25,900
3	\$32,560
4	\$39,220
5	\$45,880
6	\$52,540
7	\$59,200
8	\$65,860

<input type="checkbox"/> SI—elegible (Contacte 301-762-9426) <input type="checkbox"/> Elegible, no necesito el número <input type="checkbox"/> NO—por encima de la tabla de ingreso límite <input type="checkbox"/> Recibiendo WIC al momento <input type="checkbox"/> Niño pasa la edad <input type="checkbox"/> Prefiero nt compartir información

27. ¿Recibe vales de **Subsidios de Cuidado Infantil**? Sí No

Si no es así, favor de responder las siguiente pregunta:

28. Su Familia podría ser elegible para **Subsidios de Cuidado Infantil** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

Composición

Familiar	Límite de Ingreso
2	\$34,500
3	\$52,000
4	\$58,000
5	\$58,000
6	\$58,000
7	\$58,000
8	\$58,000

<input type="checkbox"/> YES—elegible (Contacte 240-777-1155) <input type="checkbox"/> Elegible, no necesito el número <input type="checkbox"/> NO—por encima de la tabla de ingreso límite <input type="checkbox"/> Prefiero nt compartir información <input type="checkbox"/> Recibiendo en el momento <input type="checkbox"/> Recibiendo WPA
--

29. Necesita información acerca para entablar una demanda de pensión alimenticia? Yes No
Si es así, favor de llamar al **1-800-332-6347**.

30. Su Familia podría ser elegible para **Earned Income Credit/Credito de Impuestos** si cumple con el tamaño de su familia y el ingreso limite.

Composición Familiar	Límite de Ingreso
Padre solo + 1 niño(a)	\$33,241
Padre solo + 2 niños o más	\$37,783
Ambos padres + 1 niño(a)	\$35,241
Ambos padres + 2 niños o más	\$39,783

Cree usted que es elegible? Sí No

Si es así, favor de llamar al **1-800-492-0618** or **1-410-685-0525**.

Información de su Cuidado Infantil que tiene en el momento

31. ¿Cuál es su arreglo de cuidado infantil que tiene en el momento?

- Programa Licenciado de Cuidado Infantil en el Hogar
- Programa Licenciado de Cuidado en Centros
- Pariente (en casa del pariente)
- Pariente (en casa de los padres)
- Niñera (en casa de los padres)
- Niñera (no parentesco con el niño(a) e la casa de la niñera)
- Ningun programa de cuidado por el momento

32. Información del Niño(a) :

Se **require** completar la información de abajo para procesar su búsqueda de cuidado infantil.

	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5
Primer nombre del niño(a)					
Edad del niño(a) meses/años	___ meses o ___ años	___ meses o ___ años	___ meses o ___ años	___ meses o ___ años	___ meses o ___ años
Género: M, F o 00 (gestación)	M F 00	M F 00	M F 00	M F 00	M F 00

33. Si su niño/a tiene 5 años (5) esta él registrado para atender el Kindergarten? Sí No

34. ¿Cuanto puede o esta dispuesto a pagar por el cuidado semanal? _____

¿Esta usando vales de POC/WPA? Sí No

35. ¿ Para cuando necesita el cuidado? (favor de marcar uno)

- Dentro de los próximos 15 días.
- Dentro de los próximos 30 días
- Dentro de los próximos 60 días
- Dentro de los próximos 90 días
- Después de 90 días

36. ¿Qué tipo de cuidado prefiere? (favor de marcar uno)

- Medio tiempo (menos de 5 días a la semana)
- Tiempo complete (5 días a la semana)
- Temporal
- Suplente

37. ¿Qué días necesita el cuidado? (marque todos los que apliquen)

- domingo
- lunes
- martes
- miércoles
- jueves
- viernes
- sábado
- Flexible (días variado de semana a semana)

38. ¿De que hora a que hora necesita cuidado?

Dejarlo a las: _____

AM PM

Buscarlo a las: _____

AM PM

Flexible (día y horas varían)

Antes de la escuela

Después de la escuela

Antes y después de la escuela

Antes del Kindergarten

Después del Kindergarten

Antes y después del Kindergarten

Antes del Head Start o PreK

Después del Head Start o PreK

Antes y después del Head Start o PreK

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

39. ¿Qué tipo de cuidado prefiere?

Hogares con Licencia

Centros

Hogares y Centros

40. Tipo de programa: (marca todos los que apliquen)

Jardín de infancia aprobado por Departamneto de Educación (programa de 10 meses-medio día)

Pre-Kindergarten

Kindergarten privado(programa de 10 meses)

Campamento/Programa de verano

Head Start en la comunidad (debe estar en un nivel de pobreza federal)

41. ¿Y su niño necesita ser escoltado a la parada del autobús escolar o a la escuela?

a la parada del autobús escolar

a la escuela

42. Requisitos específicos (favor de marcar todos los que apliquen):

hogar libre de humo de cigarrillo

Libre de humo de cigarrillo durante el día (el acto de fumar sólo ocurre cuando no hay niños)

Jardín/patio cercado

No piscina

Entrena para el uso del baño

No perros

No gatos

Dieta especial: _____

*Tipo de vivienda: Departamento

Casa para familia sólo

Townhouse

Otro: _____