



Solicitud
THE WORKING PARENTS ASSISTANCE
PROGRAM
7300 Calhoun Place Suite 600
Rockville, Maryland 20855
Montgomery County, Maryland

Case ID # _____
 Worker's Initials _____
DEADLINE DATE(fecha limite)

COMPLETE TOTALMENTE

ESCRIBA TODA SU INFORMACIÓN

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Seguro Social
Dirección			Teléfono de casa
Ciudad	MARYLAND	Codico Postal	Celular
Estado civil (soltera, casada. etc)	Sexo (M,H)	Fecha de nacimiento	Tamaño de familia
¿Ha aplicado antes?			

ESCRIBA LA INFORMACIÓN DE SU ESPOSO, ESPOSA/PAREJA VIVIENDO CON USTED

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Seguro Social
----------	--------	---------	---------------------	---------------

ESCRIBA SOBRE SU ACTIVIDAD

ESCRIBA SOBRE LA ACTIVIDAD DE SU PAREJA

Nombre de empleador	Nombre de empleador
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono
Días que trabaja	Días que trabaja
Horas de trabajo	Horas de trabajo
Nombre de escuela	Nombre de escuela
Escuela Posgrado ___ Universidad ___ Vocacional ___ High School ___	Escuela Posgrado ___ Universidad ___ Vocacional ___ High School ___
Dirección	Dirección
Full Time ___ Part Time ___ Semestre _____	Full Time ___ Part Time ___ Semestre _____

ESCRIBA LA INFORMACIÓN DE TODOS SUS NIÑOS VIVIENDO CON USTED

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Sexo (M,F)	Numero del Seguro Social	Su relación	¿Cuidado tiempo completo?	¿Cuidado medio tiempo?

ESCRIBA LA INFORMACIÓN DE CADA PADRE AUSENTE (INCLUYA TODOS LOS PADRES AUSENTES)

Nombre del niño	Nombre del padre ausente	Fecha de nacimiento del padre	Seguro Social del padre	¿Tiene un caso habierto con la corte o un divorcio estipulando manutención?

INFORMACIÓN SOBRE SU PROVEEDORA DE CUIDADO INFANTIL

Nombre de su hijo/hija	Nombre, dirección y teléfono de la proveedora	Cuota semanal	¿Tiene licencia? Si, No	Fecha de inicio

INFORMACION SOBRE SUS INGRESOS (DINERO QUE USTED RECIBE/ENTRADA)

Nombre de empleador	Cantidad de su cheque un bruto, antes de los impuestos	¿Anual, mensual, cada dos semanas, dos pagos mensual?
Manutención infantil – Nombre del padre ausente	Cantidad que recibe	¿Anual, mensual, cada dos semanas, dos pagos mensual?
Liste todos sus otros ingresos	Cantidad que recibe	¿Anual, mensual, cada dos semanas, dos pagos mensual?

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE SU ESPOSO/ESPOSA/PAREJA/PADRE DE HIJOS EN SU CASA

Nombre de empleador	Cantidad de su cheque un bruto, antes de los impuestos	¿Anual, mensual, cada dos semanas, dos pagos mensual?
Liste todos sus otros ingresos	Cantidad que recibe	¿Anual, mensual, cada dos semanas, dos pagos mensual?

CONTESTE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

¿Esta usted o alguno de sus hijos recibiendo beneficios SSA superviviente o beneficios de Seguro Social de un padre fallecido? _____ En caso afirmativo, ¿cantidad por mes? \$ _____
¿Alguno de sus hijos tiene necesidades especiales? _____ En caso afirmativo, ¿cual hijo?

¿Usted o su pareja paga manutención infantil ordenada por la corte, a un niño fuera de su casa? _____
En caso afirmativo, ¿cual es la cantidad mensual? \$ _____
¿Usted o su pareja esta embarazada? _____ En caso afirmativo, ¿En que fecha dará a luz?

Usted recibe TCA (Temporary Cash Assistance)? _____
Usted recibe subsidio para cuidado infantil apropiado por el estado de Maryland? _____
¿Cómo te enteraste de nosotras? _____

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE Y FIRME

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 por no reportar cambios.

Yo entiendo que tengo el derecho de apelar si no estoy satisfecho con las decisiones adoptadas por el Program de Asistencia para Padres que Trabajan (Working Parents Assistance Program - WPA) sobre mi solicitud. Presentare mi carta de petición dentro de diez (10) días desde la fecha de la notificación de la decision.

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

Le doy permiso al Programa de Asistencia para Padres que Trabajan (WPA) para darle información a mi proveedora sobre mi solicitud.

Le doy permiso al Programa de Asistencia para Padres que Trabajan (WPA) para contactarme via teléfono, texto o correo electronico.

Marque SI _____ **NO** _____

Firma del aplicante _____ Fecha _____

Firma del co-aplicante _____ Fecha _____

Firma de trabajadora/dor _____ Fecha _____

***** Devuelva la aplicación por wpa@montgomerycountymd.gov