



Solicitud
THE WORKING PARENTS ASSISTANCE PROGRAM
 7300 Calhoun Place Suite 700
 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? _____

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 contáctarme 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 fax al (240) 777-1342 o correo electrónico *****

wpa@montgomerycountymd.gov