

## **SOLICITUD COMPLETA DEL PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DEL PUEBLO DE RANDOLPH**

Gracias por su interés en solicitar el Programa de Subsidio para el Cuidado de Niños como parte de una Subvención de la Oficina Ejecutiva de Vivienda y Comunidades Habitables. La elegibilidad para este programa se basa en los ingresos y la residencia y, como tal, la siguiente solicitud nos ayudará a garantizar que su familia califique.

Algunas cosas a tener en cuenta al completar la solicitud:

- Las solicitudes se financian por orden de llegada. Las solicitudes incompletas se retrasarán.
- La calificación de ingresos se basa en el tamaño del hogar, por lo tanto, esta solicitud debe incluir a todas las personas que viven en su hogar (incluidos los abuelos, las personas importantes que viven allí, etc.)
- Preste especial atención a la lista de archivos adjuntos al final de la aplicación. Si no puede proporcionar algo de la lista, comuníquese con nosotros y haremos todo lo posible para encontrar una solución alternativa.
- Una vez que se apruebe una solicitud, se les notificará a usted ya su proveedor de cuidado infantil. Se enviará a ambas partes un contrato que describa los términos del programa. La facturación del niño aprobado puede comenzar tan pronto como se devuelva el contrato firmado a Bailey Boyd Associates, Inc.
- La adjudicación máxima puede ser de hasta \$7,000 por niño, aunque las adjudicaciones iniciales generalmente oscilarán entre \$2,000 y \$3,000.
- Las familias también deben contribuir al costo de la atención. El monto se basa en la tabla de copagos de Educación y Atención Temprana de Massachusetts y se incluirá en el contrato.
- Este subsidio no se puede utilizar junto con ningún otro subsidio para el cuidado de niños. Si actualmente recibe o recibe fondos alternativos, debe avisarnos de inmediato.
- Esta solicitud es **confidencial**. La información en esta solicitud se usará para determinar la elegibilidad de su familia para los fondos de subsidio que están sujetos a las regulaciones y requisitos de ingresos de HUD. La solicitud se mantendrá en Bailey Boyd Associates, Inc. y no se compartirá con los funcionarios de la ciudad. Su nombre será eliminado de la solicitud antes de cualquier auditoría por parte de HUD o EOHLC.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto.

Carol Bergen  
Bailey Boyd Associates, Inc.  
P.O. Box 1657  
Provincetown, MA  
02657508-430-4499 x5  
[cbergen@baileyboyd.com](mailto:cbergen@baileyboyd.com)  
508-430-4498 (fax)

**PARTE I: INFORMACIÓN FAMILIAR.**

- **Nombre del Padre de Familia / Guardian:** \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- **Niños elegibles: (Ingrese niños adicionales al dorso)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Cuotas mensuales de matrícula en el programa: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Cuotas mensuales de matrícula en el programa: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Cuotas mensuales de matrícula en el programa: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Monthly Tuition Fees at Program: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Cuotas mensuales de matrícula en el programa: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Programa de cuidado de niños \_\_\_\_\_

Cuotas mensuales de matrícula en el programa: \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

- ¿Alguno de los niños enumerados es elegible para un vale del Departamento de Educación y Cuidado Temprano de Massachusetts?  Si  No
- ¿Alguno de los niños mencionados anteriormente recibe actualmente otros subsidios o vales para el cuidado de niños?  Si  No

**Composición del hogar:** Indique a continuación el cabeza de familia y todos los miembros que viven o vivirán en su hogar. Indique la relación de cada persona con el cabeza de familia.

Indique primero al cabeza de familia Nombre	Relación con el jefe	Fecha de nacimiento	Empleada / Estudiante

- ¿Alguien vive con usted ahora que no está en la lista anterior?  Si  No
- ¿Alguien que no esté en la lista anterior planea vivir con usted en el futuro?  Si  No
- Si cualquiera de los dos es "sí", explique \_\_\_\_\_

**PARTE II: CATEGORÍA DE INGRESO.** *Por favor marque según corresponda.*

1) **CATEGORÍA DE INGRESOS ELEGIBLES:** Si su ingreso familiar bruto actual se encuentra dentro de las Pautas de límite de ingresos de HUD (consulte la siguiente tabla de elegibilidad de ingresos), puede calificar como una familia ELEGIBLE POR INGRESOS y recibir el subsidio. La información adicional sobre ingresos debe acompañar esta solicitud. Marque la casilla a continuación y consulte los REQUISITOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS adjuntos, y continúe con la Información de ingresos de empleo.

**INGRESOS ELEGIBLES**

**Cuadro de elegibilidad de ingresos  
(80% del ingreso medio del área)**

<u>Tamaño del Hogar</u>	<u>Límites de Ingresos</u>
2	\$94,800
3	\$106,650
4	\$118,450
5	\$127,950
6	\$137,450
7	\$146,900
8	\$156,400

**PARTE III: INFORMACIÓN DEL INGRESO DEL EMPLEO.** *Completar si es trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia.*

• ¿Es usted residente de tiempo completo en la dirección que ingresó en la página 1??  Si  No

• **Padre o Guardián**  Empleado  Desempleado, buscando empleo  Estudiante

Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Años trabajados para el empleador actual: \_\_\_\_\_

Si está empleado por temporada, proporcione las fechas: \_\_\_\_\_

• **Padre o Guardián #2**  Empleado  Desempleado, buscando empleo  Estudiante

Empleado por: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Años trabajados para el empleador actual: \_\_\_\_\_

Si está empleado por temporada, proporcione las fechas: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si hay otros adultos en el hogar que actualmente están empleados o reciben beneficios, proporcione los detalles al dorso de esta hoja.**

**PARTE IV. TOTALES DE INGRESOS ANUALES:** *¿Cuál es el ingreso anual bruto de su hogar, de todas las fuentes? (Incluya todos los empleadores, beneficios, pensiones, asistencia pública, compensación por desempleo, ingresos por alquiler, manutención infantil, etc. para todas las personas mayores de 18 años en el hogar).*

**INGRESOS ANUALES**

Fuente	Padre/Guardián	Padre/Guardián	Otro miembro del hogar de 18 años o más	Total
Salario				
Pago por tiempo extra				
Comisiones				
Consejos				
Bonos				
Asistencia Pública en Efectivo				
Dividendos de interés				
Beneficios de desempleo				
Seguro Social o Pensión				
Compensación de trabajadores				
Pensión alimenticia, manutención de los hijos				
Ingresos netos por alquiler				
Otro (describir)				
<b>TOTALES</b>	\$	\$	\$	\$

**PARTE V: ACTIVO Y PASIVO.** *Completar como se solicita.*

**Activos: (cuenta corriente, ahorros, Money Market, cuentas IRA, CD, etc. para todas las personas mayores de 18 años en el hogar) Use el reverso de la página si es necesario.**

Type	Valor en efectivo	Renta Anual De Activos	Nombre de institución Financial	Número de Cuenta
Cuenta de Cheques				
Cuenta de Ahorros				
CD's				
IRA's				
Stocks				
Seguro de vida				
Otro (describir)				
<b>TOTALES</b>	\$	\$	\$	\$

**PARTE VI: CONFLICTO DE INTERÉS**

¿Es usted un empleado municipal o un funcionario designado localmente?  Si  No

¿Trabaja como consultor o agente de la comunidad?  Si  No

En caso afirmativo

1. Título del Puesto: \_\_\_\_\_
2. Departamento: \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_
4. Tenga en cuenta cualquier posible conflicto de intereses y describa/adjunte la resolución: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PARTE VII: INFORMACIÓN VOLUNTARIA SOLICITADA** *Haga copias adicionales de este formulario o use el reverso de la página si es necesario*

La siguiente información sobre raza, origen nacional, designación de sexo, estado civil, estado de discapacidad y estado de veterano solicitada en esta solicitud se solicita para asegurarle al Gobierno Federal, actuando a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, que las Leyes Federales que prohíben la discriminación contra solicitantes de programas o inquilinos por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado familiar, edad y discapacidad. Si bien no está obligado a proporcionar esta información, se le recomienda que lo haga.

Proporcione esta información para cada miembro de su hogar.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic ___ Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male ___ Female ___
<b>Race:</b> White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic ___ Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male ___ Female ___
<b>Race:</b> White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic ___ Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male ___ Female ___
<b>Race:</b> White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

<b>Ethnic Category:</b> Hispanic ___ Non-Hispanic ___ <b>Sex:</b> Male ___ Female ___
<b>Race:</b> White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
<b>Check if applicable:</b> U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

**PARTE VIII: DECLARACIÓN DE VERDAD:**

**Yo/nosotros certificamos que toda la información proporcionada con el propósito de obtener asistencia bajo el Programa de Subsidio para el Cuidado de Niños es verdadera a mi leal saber y entender. Además, doy permiso a Bailey Boyd Associates para verificar mis ingresos.**

---

Padre/Guardián Fecha

---

Padre/Guardián Fecha

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS ADJUNTOS DE LA SOLICITUD

Proporcione al menos un elemento de cada categoría a continuación. La información de ingresos e impuestos debe compilarse para cada miembro del hogar mayor de 18 años.

### Comprobante de Domicilio:

\_\_\_ Extracto bancario reciente con el nombre y la dirección residencial del solicitante

O

\_\_\_ Factura de servicios públicos reciente con el nombre y la dirección residencial del solicitante

### 2022 Declaración de impuestos:

\_\_\_ Declaración de impuestos federales de 2022 únicamente (Formulario 1040) y Anexo C, si trabaja por cuenta propia

### Verificación de ingresos:

\_\_\_ Recibos de pago consecutivos de las 8 semanas más recientes por persona, por trabajo  
(Nota: No se aceptan formularios W2)

\_\_\_ Estados de cuenta bancarios familiares consecutivos más recientes de los 3 meses si trabaja por cuenta propia

\_\_\_ Una carta de su empleador, en papel membretado de la empresa, que indique los salarios brutos anuales

\_\_\_ Si recibe beneficios, como desempleo, seguro social o discapacidad: documentación que confirme el monto y durante qué período de tiempo se reciben los fondos.