

Ingresos de empleo y otras fuentes

Nombre: _____ Número de caso: _____

Ingresos

Responda todas las preguntas que aparecen a continuación.

Indique si usted o alguien que vive con usted recibe ingresos de:	Sí/No	Monto bruto	Fecha de inicio	Período (ej. semanal, mensual, etc.)	Tipo de documentación (p. ej., talones de pago, carta de adjudicación del seguro social, CS 1069, etc.)	Identificar quién recibe los ingresos
Empleo/empleo independiente incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas						
Pagos de la manutención de hijos (recibido)						
Pensión alimenticia/ manutención (recibido)						
Beneficios del seguro de desempleo						
Beneficios de seguro social (incluyendo SSI)						
Beneficios por discapacidad (NYS, VA, privado)						
Ingresos por alquiler/ huéspedes/inquilinos (recibido)						
Jubilación/pensión/ anualidades						
Dividendos/Acciones de interés, Bonos, Ahorros						
Asistencia en efectivo o monetaria a través de Asistencia Temporal para Necesitados (Temporary Assistance to Needy)						
Otro (especificar)						

Empleo

A continuación, incluya la información de empleo del solicitante.

Nombre del empleador de los padres/cuidadores: _____

Dirección: _____

Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Horario habitual de trabajo:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total de horas a la semana
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	

Tiempo de viaje para trasladarse de la ubicación del proveedor de cuidado infantil al lugar de trabajo/centro educativo/otra actividad

Entrega Tiempo de viaje del proveedor de cuidado de niños al trabajo/actividad: _____ Modo de viaje: _____

Recogida Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta el proveedor de cuidado de niños: _____ Modo de viaje: _____

A continuación, incluya la información de empleo del cónyuge/otro padre/tutor.

Nombre del empleador del segundo padre/cuidador: _____

Dirección: _____

Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Horario habitual de trabajo:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total de horas a la semana
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	

Tiempo de viaje para trasladarse de la ubicación del proveedor de cuidado infantil al lugar de trabajo/centro educativo/otra actividad

Entrega Tiempo de viaje del proveedor de cuidado de niños al trabajo/actividad: _____ Modo de viaje: _____

Recogida Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta el proveedor de cuidado de niños: _____ Modo de viaje: _____

For Office Use Only (Solo para uso de oficina)

Authorized days and hours of care

Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday		Total hours per week
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	

ACS Approvals by: Eligibility (print name): _____ Date: _____

Parent Fee (print name): _____ Date: _____

Length of eligibility from _____ to _____ Codes: RFC _____ PR _____ FS _____