

La Asistencia del Programa de Educación de Primera Infancia y Fuera del Horario Escolares administrado por la Unidad de Apoyo Familiar de la División de Cuidado de Niños y Educación de Primera Infancia. El propósito del programa es de aumentar la disponibilidad, la asequibilidad, y la calidad de servicios de cuidado infantil en el estado de Arkansas.
PARA PROCESAR SU SOLICITUD DE CUIDADO INFANTIL DE TRABAJADORES DE SERVICIOS ESENCIALES, SE REQUIERRE LA SIGUIENTE INFORMACION:

APLICACION:

- Aplicación Completada:** Debe completar todas las secciones, y la aplicación debe estar firmada y con fecha.
(*aplicaciones incompletas serán regresadas o denegadas*)

DOCUMENTACION REQUERIDA:

- ID con foto para todos los adultos en el grupo de elegibilidad:** licencia de conducir, ejercito, escuela, editada del estado, o pasaporte
- ID con foto para representate autorizado (si es aplicable):** licencia de conducir, ejercito, escuela, editada del estado, o pasaporte
- Acta de Nacimiento/Comprobante de Ciudadano para cada niño que solicita asistencia**
- Comprobante de Vivienda para el aplicante (dirección física):** puede incluir, pero no limitado a; Contrato de Arrendamiento, recibo de renta, contrato de hipoteca, facturas, correo, ID emitido del federal o estatal, talones de pago, declaración notarizado o verificación de sistema estatal.
- Correo Electrónico Valido**
- Verificación del número de Seguro Social para cada miembro del hogar (se requiere para cada asistencia infantil).**

Si usted proporciona servicios esenciales en la categoría a continuación y supera el 85% de los ingresos medios estatal, consulte el cuadro a continuación, **POR FAVOR** complete la solicitud adjunta y enví un correo electrónico a FamilySupport@dhs.arkansas.gov Si está por debajo de los niveles de ingresos a continuación, puede ser elegible para nuestro programa regular de asistencia de cuidado infantil.

Personal de Emergencia
Proveedores de Servicios de Salud
Trabajadores de Manufactura
Trabajadores de Saneamiento

Personal de Cuidado Infantil
Personal de Salud Publica
Personal de la Cadena de Suministro de Alimentos

85% de Ingreso Medio Estatal (IME) Mensual

Tamaño Familiar	Ingresos Elegible	Sobre Ingresos
Familia de 2 Personas	\$2,954.97	\$2,954.98
Familia de 3 Personas	\$3,650.76	\$3,650.77
Familia de 4 Personas	\$4,345.54	\$4,345.55
Familia de 5 Personas	\$5,040.83	\$5,040.84
Familia de 6 Personas	\$5,736.12	\$5,736.13
Familia de 7 Personas	\$5,866.49	\$5,866.50
Familia de 8 Personas	\$5,996.85	\$5,996.86
Familia de 9 Personas	\$6,127.22	\$6,127.23
Familia de 10 Personas	\$6,257.59	\$6,257.60
Familia de 11 Personas	\$6,387.95	\$6,387.96

INFORMACION DE GUARDIAN/PADRE:											
# Seguro Social (Opcional)		Primer Nombre Inicial Apellido (aplicante)			Fecha de Nacimiento		Genero: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Marital Status: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Buida		
Rasa (ve código):	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		Lenguaje Primario:		#de Padres en Hogar		Tamaño de Hogar		Nivel Mas Alto de Educación o Entrenamiento Completado:		
Código de Rasa: A = Asiático Americano B = Negro/Africano Americano H = Hawaiano/Isleño del Pacifico I = Indio Americano o Nativo de Alaska W = Blanco/Caucásico O = Otro											
Dirección de Envío			Ciudad/Estado			Código		País		Numero de Casa/Cel:	
Dirección (si no es igual)			Ciudad/Estado			Código		País		Teléfono de Mensaje:	
Correo Electrónico Actual/Valido (necesario)				¿Tiene Bienes en Mayor de \$1,000,000? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Distrito Escolar (Sin abreviaturas):				
INFORMACION DE HOGAR: * El grupo de elegibilidad familiar está compuesto por uno o más adultos que trabajan y niños relacionados por sangre o por ley que residen en la misma casa cuando al menos uno de los adultos tiene la custodia física de los niños para quienes se presenta la solicitud.											
# de Seguro Social	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Ciudadan o/Legal Residente	Relación al Padre/Guardian	Cuido Necesari o	Rasa ver código		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
¿Proporcionan trabajo esencial en una de las siguientes áreas relacionadas con COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque las áreas que le corresponden a continuación;											
<input type="checkbox"/> Respondedores de Emergencia					<input type="checkbox"/> Personal de Salud Publica						
<input type="checkbox"/> Proveedores de Atención Medica					<input type="checkbox"/> Personal de Cuidado de Niños						
<input type="checkbox"/> Trabajadores de Manufactura					<input type="checkbox"/> Personal de la Cadena de Suministro de Alimentos						
<input type="checkbox"/> Trabajadores de Saneamiento											
Nombre de Empleado: _____				Supervisor o Contacto de Recursos Humanos; _____							
Número de Teléfono; _____				Correo Electrónico _____							
Información para cónyuge (si aplica)											
Nombre de Empleado: _____				Supervisor o Contacto de Recursos Humanos; _____							
Número de Teléfono; _____				Correo Electrónico _____							
CERTIFICACION; Certifico que soy un empleado esencial en mi lugar de trabajo, que proporciona servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19, y no tengo acceso a una opción de cuidado infantil alternativa segura y saludable. Entiendo que la Asistencia de Cuidado Infantil solo se puede extender por la duración de la pandemia de COVID-19. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa o retener información puede resultar en la negación, terminación o descalificación de la Asistencia de Cuidado Infantil o enjuiciamiento penal, y el reembolso de la asistencia financiera realizada en mi nombre.											
Firma de Solicitante					Fecha de Firma de Solicitante						
Child Care Provider Information:											
Child Care Provider Signature					Child Care Provider Signature Date						
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Level 1 <input type="checkbox"/> Level 2 <input type="checkbox"/> Level 3			
Child Care Provider License No.				Quality Approved?			Better Beginnings Level				