Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

ANEXO A:
INFORMACIÓN SOBRE LOS INTEGRANTES ADULTOS DEL HOGAR

- UN FORMULARIO POR ADULTO -

1. INFORMACIÓN PERSONAL

GÉNERO: ☐ Femenino ☐ Masculino		Afinidad étnica (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/Latino	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional)	Residente de Montana: ☐ Sí ☐ No
RAZA: ☐ asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Caucásico/Blanco ☐ Nativo americano ☐ Nativo hawaiano/de las islas del Pacífico ☐ Nativo de Alaska			Afiliación tribal ☐ Sí ☐ No Tribu _____
Nombre del solicitante		Relación con el solicitante	
ESTADO CIVIL: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Soltero (No casado)			

2. EMPLEADORES ACTUALES

- Haga una lista con los empleadores de esta persona
- Adjunte los talones de pago de dos meses consecutivos de todos los empleadores correspondientes a los 60 días anteriores.
- Debe completar un formulario de verificación del empleador por cada empleador que figure a continuación.
- Si es trabajador autónomo debe completar el formulario de verificación de trabajo autónomo.

a. EMPLEADOR Núm. 1			
NOMBRE DEL EMPLEADOR			NÚM. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TARIFA POR HORA
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO	FECHA DEL PRIMER CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE DE PAGO	CANTIDAD DE HORAS POR MES

b. EMPLEADOR Núm. 2			
NOMBRE DEL EMPLEADOR			NÚM. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TARIFA POR HORA
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO	FECHA DEL PRIMER CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE DE PAGO	CANTIDAD DE HORAS POR MES

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE CCR&R	CS _____ CE_____		HoH Nombre		Fecha de recepción
	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Razón	Fecha de la determinación	Determinación a cargo de:

Formulario de Información sobre los integrantes adultos del hogar - Página 2

Información sobre los integrantes adultos del hogar	Nombre del solicitante

3. ESTUDIOS

¿Está cursando estudios? ☐ Sí ☐ No	Último grado que ha completado	Título o certificado obtenido
Si la respuesta es afirmativa, complete la información solicitada a continuación. - Adjunte el horario de sus estudios - También puede ser necesario adjuntar un formulario de verificación de estudios/capacitación.		

Nombre de la institución educativa	Grado actual	Primer día de clases	Último día de clases

4. HORARIO MENSUAL (Cuando necesita cuidado infantil)

Indique las horas en las que necesita asistencia para el cuidado de sus hijos.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día

Si el horario varía, por favor brinde una explicación: