



## Solicitud de ayuda financiera para el cuidado infantil de Kids First para 2021

215 N Garmisch Suite 1, Aspen, CO 81611, (970) 920-5363,  
<https://www.cityofaspen.com/235/Kids-First>

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mencione a todos los niños:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

días inscrito: \_\_lunes\_martes\_miercoles\_jueves\_viernes

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

días inscrito: \_\_lunes\_martes\_miercoles\_jueves\_viernes

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

días inscrito: \_\_lunes\_martes\_miercoles\_jueves\_viernes

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

¿Su hogar es una vivienda alquilada, de su propiedad o propiedad de su empleador?

Vivienda alquilada. Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

Vivienda propiedad del empleado. Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

Vivienda propiedad del empleador. Costo mensual: \$ \_\_\_\_\_

Otros. Indicar: \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTOS NECESARIOS. SEÑALE AQUELLOS QUE HAYA INCLUIDO:**

Declaración del impuesto federal sobre la renta de 2020 (completa y firmada)

El formulario W-2 de 2020 de todos los empleadores

COMPROBANTES DE NÓMINA ACTUALES de todos los empleadores

SI ES USTED AUTÓNOMO: Estado de pérdidas y ganancias y declaración de impuestos sobre sociedades

Prueba del presencia legal del niño (certificado de nacimiento o pasaporte de US)

Acuerdo de responsabilidad del cliente (firmado)

La verificación llena de Empleo por el empleador se requiere- uno para cada trabajo retenido

Activos y pasivos formulario firmado y fechado

Declaración jurada sobre ayuda para el cuidado infantil (si corresponde)

➤ **Antes de completar la solicitud, calcule si cumple los requisitos para recibir la ayuda financiera**  
<http://www.cityofaspen.com/316/Financial-Aid> Email: [cecelia.martin@cityofaspen.com](mailto:cecelia.martin@cityofaspen.com)

**\*\*Completar esta solicitud NO garantiza la concesión de la ayuda financiera\*\***

**Empleo:** Proporcione TODA la información relativa al empleo actual o estacional Adjunte documentos con información sobre el empleador si corresponde.

**Madre**

**Padre**

**Empleador #1**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales brutos: \_\_\_\_\_

Fechas del contrato: \_\_\_\_\_

**Empleador #2**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales brutos: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del contrato: \_\_\_\_\_

En caso de empleo estacional, indique las fechas del contrato:  
\_\_\_\_\_

**Ingresos:** Incluya todas las fuentes de ingresos.

Ingresos mensuales brutos: \_\_\_\_\_

Pensión/Ayuda para el cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Seguridad social: \_\_\_\_\_

Dividendos/Intereses: \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \_\_\_\_\_

- **La falsificación de la información facilitada o la utilización de la ayuda financiera para otros fines distintos a los descritos en la presente solicitud provocarán la suspensión inmediata de la ayuda financiera y están penadas por las Leyes revisadas del Estado de Colorado (Colorado Revised Statutes), Sección 18-4-401, Robo de servicios.**
- Los solicitantes declaran que proporcionaron la información de forma voluntaria. Los solicitantes otorgan al Consejo de Kids First el derecho de exigir la comprobación de esta información a través de las personas o entidades mencionadas en esta solicitud. Los solicitantes declaran que la información facilitada es verdadera y exacta. Los solicitantes declaran que entienden la información que aparece en esta solicitud.
- Autorizo a Kids First, a los programas autorizados de cuidado infantil, el Departamento de Servicios Humanos(CCCAP), y a otras agencias pertinentes a que revelen la información que consideren oportuna para que coordinen mejor los servicios para mi hijo o hijos.

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

➤ **Antes de completar la solicitud, calcule si cumple los requisitos para recibir la ayuda financiera**  
<http://www.cityofaspen.com/316/Financial-Aid> Email: [cecelia.martin@cityofaspen.com](mailto:cecelia.martin@cityofaspen.com)