

Formulario de Lista de Espera para el Subsidio de Cuidado Infantil de Best Starts for Kids

¡Bienvenido/a!

Gracias por su interés en el programa de subsidio para el cuidado infantil de Best Starts for Kids. Completar este formulario tomará alrededor de 5 minutos. Si la información que usted proporciona en este formulario indica que podría ser elegible para este programa, se le agregará a la lista de espera. Nos comunicaremos con usted si es seleccionado/a para completar una solicitud completa. El programa no puede decirle a las familias cuándo podrían ser contactadas, ya que la selección de la lista de espera no se basa en el orden en que se recibe la solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario, llámenos o mándenos un mensaje de texto al (206) 208-6865 o envíe un correo a support@bskchildcare.org. Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles por teléfono.

Best Starts for Kids Subsidy - Solicitud para Lista de Espera

Si necesita ayuda para completar este formulario, llámenos o mándenos un mensaje de texto al (206) 208-6865 o envíe un correo a support@bskchildcare.org. Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles por teléfono y traducciones de estas preguntas están disponibles en el sitio web de Best Starts for Kids Subsidy: <https://www.brightspark.org/bskchildcare/>

- 1. Nombre del padre/madre o tutor legal (Adulto #1) ***
- 2. Apellido del padre/madre o tutor legal (Adulto #1) ***
- 3. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico? ***
(Dirección de correo electrónico del Adulto #1)
Nota: Usaremos el correo electrónico como nuestro medio principal para comunicarnos y compartir información con las familias.
- 4. Si tiene una segunda dirección de correo electrónico para el Adulto #1, escríbala aquí.**

5. ¿Cuál es su número de teléfono? *

Si no tiene un número de teléfono de contacto, por favor proporcione el número de una persona de confianza.

6. ¿Nos da permiso para enviarle información del programa de subsidio Best Starts a este número de teléfono por mensaje de texto? *

· Sí / No

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe sus actividades de trabajo o estudio (Adulto #1)? *

- Puede seleccionar más de una opción. Por favor seleccione todas las que apliquen.
- Trabajo de tiempo completo (más de 20 horas por semana)
- Trabajo de medio tiempo (hasta 20 horas por semana)
- Horario de trabajo impredecible
- Trabajo por la tarde, noche o fines de semana
- Buscando trabajo
- No está trabajando
- Discapacidad y recibe beneficios del SSI/SSDI
- Asiste a la universidad para obtener un título de licenciatura o posgrado
- Asiste a la escuela para obtener diploma de preparatoria, título técnico o vocacional
- Inscrito/a en un curso de idioma requerido para capacitación/Empleo
- Otro:

8. (Condicional) Si seleccionó “Otro,” por favor especifique la actividad.

9. ¿Vive con otro adulto que usted describiría como: *

- Esposo/a
- Pareja de hecho
- Pareja sentimental con quien tiene un/a hijo/a

Nota: para fines de este programa, las siguientes personas no se cuentan como parte del hogar:

- Novia/o o pareja sentimental con quien NO tiene un/a hijo/a
- Abuelos u otros familiares adultos que vivan con usted
- Hijos/as de 18 años o más que ya no están en la escuela secundaria

- Dependientes adultos
- Compañeros/as de cuarto

- Sí
- No

10. (Condicional) Si seleccionó “Sí” en la pregunta #12, ¿Cuál de las siguientes opciones describe las actividades laborales o educativas del Adulto #2? (Seleccione todas las que apliquen)

- Trabajo de tiempo completo (más de 20 horas por semana)
- Trabajo de medio tiempo (hasta 20 horas por semana)
- Horario de trabajo impredecible
- Trabajo por la tarde, noche o fines de semana
- Buscando trabajo
- No está trabajando
- Discapacidad y recibe beneficios del SSI/SSDI
- Asiste a la universidad para obtener un título de licenciatura o posgrado
- Asiste a la escuela para obtener diploma de preparatoria, título técnico o vocacional
- Inscrito/a en un curso de idioma requerido para capacitación/Empleo
- Prefiero no decirlo
- Otro:

11. (Condicional) Si seleccionó “Otro,” por favor especifique la actividad.

12. ¿Vive en el condado de King? *

Opciones: Sí / No

13. (Condicional) Si seleccionó “No”: Debe vivir en el condado de King para calificar para el subsidio de Best Starts for Kids. Según su respuesta, puede que no sea elegible.

14. ¿En qué ciudad vive? *

15. ¿Cuál es su código postal? *

16. ¿Cuántas personas viven en su hogar? *

Para fines de este programa, su “hogar” incluye las siguientes personas:

- Usted mismo/a
- Niños/as menores de 18 años que vivan con usted el 50% o más del tiempo (sin importar si necesitan cuidado infantil)
- Niños/as de 18 años que aún asisten a la escuela secundaria y viven con usted
- Hasta un adulto adicional que viva con usted y cumpla con una de las siguientes condiciones:
 - Esposo/a
 - Pareja de hecho
 - Pareja sentimental con quien tiene un/a hijo/a

Las siguientes personas NO se cuentan en el tamaño de su hogar:

- Novia/o o pareja sentimental con quien no tiene un/a hijo/a
- Abuelos u otros familiares adultos que vivan con usted
- Hijos/as de 18 años o más que ya no están en la escuela secundaria
- El padre/madre biológico/a de sus hijos si no vive con usted
- Dependientes adultos
- Compañeros/as de cuarto
 - Opciones del 2 al 10

17. (Condicional) Si seleccionó “2”: ¿Su ingreso anual es menor a \$75,744? *

· Sí / No

18. (Condicional) Si seleccionó “3”: ¿Su ingreso anual es menor a \$93,564? *

· Sí / No

19. (Condicional) Si seleccionó “4”: ¿Su ingreso anual es menor a \$111,384? *

· Sí / No

20. (Condicional) Si seleccionó “5”: ¿Su ingreso anual es menor a \$129,216? *

· Sí / No

21. (Condicional) Si seleccionó “6”: ¿Su ingreso anual es menor a \$147,036? *

· Sí / No

22. (Condicional) Si seleccionó “7”: ¿Su ingreso anual es menor a \$150,384? *

· Sí / No

23. (Condicional) Si seleccionó “8”: ¿Su ingreso anual es menor a \$153,720? *

· Sí / No

24. (Condicional) Si seleccionó “9”: ¿Su ingreso anual es menor a \$157,068? *

· Sí / No

25. (Condicional) Si seleccionó “10”: ¿Su ingreso anual es menor a \$160,404? *

- Sí / No

26. (Condicional) Si seleccionó “No” para cualquiera de las preguntas #17-25:

Según su respuesta, puede que no sea elegible. El límite del programa es el 85% del ingreso medio estatal (SMI).

27. ¿Cuántos niños/as en su hogar necesitan apoyo con el subsidio de cuidado infantil? *

El subsidio de Best Starts cubre a niños/as desde el nacimiento hasta los 12 años que estén inscritos en programas de cuidado infantil con licencia del DCYF.

Best Starts está comprometido a ampliar el acceso para familias que han enfrentado barreras desproporcionadas para obtener cuidado infantil. Algunas de las siguientes preguntas nos ayudarán a entender mejor quiénes están interesados en este programa de subsidio. Usted puede seleccionar “prefiero no decirlo” como respuesta a cualquiera de estas preguntas.

(Este no es una pregunta. No se requiere respuesta).

28. ¿Alguno/a de sus hijos/as que necesitan cuidado infantil tiene retraso en el desarrollo, una discapacidad o una condición médica compleja? *

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo

29. ¿Alguno/a de sus hijos/as que necesitan cuidado infantil ha sido expulsado/a de un centro de cuidado por un proveedor? *

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo

30. ¿Su familia está experimentando actualmente una situación de falta de vivienda? *

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo

31. ¿Cuáles son las razas de las personas en su hogar? *

Seleccione todas las que apliquen

- Indígena americano/a o nativo/a de Alaska

- Asiático-americano/a / Asiático/a
- Afroamericano/a / Africano/a / Negro/a
- Europeo-americano/a / Caucásico/a / Blanco/a
- Nativo/a de Hawái / Isleño/a del Pacífico
- Del Medio Oriente o África del Norte
- Multirracial
- Desconocido/a
- Otro
- Prefiero no decirlo

32. (Condicional) Si seleccionó “Otro,” por favor indique la(s) otra(s) raza(s) de las personas en su hogar si no están en la lista anterior.

33. ¿Cuáles son las etnicidades de las personas en su hogar? *

Seleccione todas las que apliquen

- No hispano/a / No latino/a/e/o
- Hispano/a / Latino/a/e/o
- Desconocido/a
- Prefiero no decirlo

34. ¿Cuál es el idioma principal de su familia? *

Puede seleccionar varios idiomas.

- Oromo
- Inglés
- Español
- Somalí
- Mandarín
- Vietnamita
- Tigriña
- Árabe
- Amhárico
- Otro
- Prefiero no decirlo

35. (Condicional) Si seleccionó “Otro,” por favor indique los otros idiomas que su familia prefiere si no están en la lista anterior.

36. ¿Le gustaría contar con un/a intérprete para comunicarse con el programa de subsidio Best Starts? *

- Sí
- No

37. Reconozco lo siguiente: *

- Llenar este formulario no garantiza fondos para cuidado infantil para mi familia.
- Si mi familia parece ser elegible después de completar este formulario, será agregada a la lista de espera del programa.
- El programa se comunicará conmigo si soy seleccionado/a para completar una solicitud completa. El programa no puede decirme cuándo seré contactado/a, ya que la selección de la lista de espera no se basa en el orden de llegada.
- Si soy seleccionado/a para avanzar en el proceso, se me pedirá que complete una solicitud detallada y proporcione documentación que verifique que cumpla con los requisitos de dirección e ingresos del subsidio. Puedo pedir ayuda con este proceso si la necesito. Hay servicios de interpretación gratuitos disponibles.
- Toda la información en este formulario es verdadera y precisa según mi conocimiento.

(Casilla de verificación)

Pantalla final:

¡Gracias por su interés en el programa de subsidio de cuidado infantil de Best Starts for Kids!

Si tiene preguntas, por favor contáctenos por teléfono o mensaje de texto al (206) 208-6865 o envíenos un correo a support@bskchildcare.org. Usaremos la información que ha compartido para hacer una evaluación preliminar de elegibilidad y le notificaremos si ha sido agregado/a a la lista de espera. Nos comunicaremos con usted si es seleccionado/a para completar una solicitud completa. El programa no puede decirle a las familias cuándo podrían ser contactadas, ya que la selección de la lista de espera no se basa en el orden de llegada.