



El Programa de Preparación Escolar para Primera Infancia es administrado por la oficina de Primera Infancia (OEC), e incluye Arkansas Better Chance (ABC) y el Fondo de Desarrollo del Cuidado Infantil (CCDF). El propósito del programa es aumentar la disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de cuidado infantil para las familias en el estado de Arkansas. Las Familias que son elegibles para recibir asistencia reciben cuidado infantil gratuito o a precio reducido en proveedores autorizados por el estado (Según la disponibilidad de fondos)

Para obtener información sobre los servicios de cuidado infantil, derechos y responsabilidades y pautas de ingresos, visite nuestro sitio web en: <https://dese.ade.arkansas.gov/>

Para Obtener información sobre recursos del condado, visite: <https://humanservices.arkansas.gov/arworksresource/>

PARA PROCESAR SU SOLICITUD DE OFICINA DE PRIMERA INFANCIA

Para CCDF: Envíe la solicitud y la documentación requerida a: ocf.familysupport@ade.arkansas.gov

Para ABC: Envíe la solicitud y la documentación requerida a un proveedor de ABC seleccionado

SOLICITUD:

Completar Solicitud: Se deben completar todas las secciones y la solicitud debe estar firmada y fechada.

(Las solicitudes incompletas serán devueltas o rechazadas)

Pregunta sobre declaración de bienes respondida.

REQUISITOS DE DOCUMENTACION:

Identificación con foto para todos los adultos en el grupo de elegibilidad: licencia de conducir, ejercito, escuela, emitida por el estado o un pasaporte

Identificación con foto del representante autorizado (si corresponde): licencia de conducir, ejercito, escuela, emitida por el estado o un pasaporte

Acta de Nacimiento de cada niño para el que se solicita servicios

Comprobante de ciudadanía para cada niño para el que se solicita servicios

Comprobante de vivienda del solicitante (dirección física): puede incluir, entre otros; contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, contrato hipotecario, facturas, correo, identificación emitida por el estado o gobierno federal, talones de cheques, o verificación de sistemas estatales.

Correo electrónico válido

Comprobante del número de seguro social para cada miembro del hogar (requerido para cada niño que se solicita servicios).

Cartilla de vacunación/ calendario de puesta al día

Examen físico/ examen de bienestar infantil

Documentación de tutela

VERIFICACION DE INGRESOS (debe proveer para todos los miembros de hogar dentro del grupo de elegibilidad familiar):

Ingresos Trabajados: Los documentos de respaldo deben incluir copias de talones de cheques consecutivos de los últimos 30 días, si corresponde

-Si le pagan semanalmente, se requieren los últimos cuatro (4) recibos de pago consecutivos

-Si le pagan quincenalmente (cada dos semanas), se requieren los últimos dos (2) recibos de pago

-Si le pagan dos veces al mes (dos veces al mes), se requieren los últimos dos (2) recibos de pago consecutivos

-Si le pagan mensualmente, se requiere un (1) recibo de pago del último mes; O

▪ Formulario de verificación de Empleo (VOE) de la OEC completado por empleador o

Formulario de verificación de ingresos DCO-97 completado por el empleador,

▪ Acuerdo de contrato: una copia del contrato actual entre el empleado y el empleador.

Ingresos obtenidos por trabajo por cuenta propia: Los documentos para verificar pueden incluir, entre otros,

▪ Declaración de impuestos 1040 del año pasado con el formulario de cronograma aplicable (ganancias o pérdidas del negocio);

▪ Formulario de Declaración de Trabajo por Cuenta Propia OCE 575 de los últimos 30 días, si corresponde. (Solo si trabajo por cuenta propia desde hace menos de 1 año)

INGRESOS NO GANADOS: Los documentos de respaldo deben incluir verificación de los últimos 30 días (si corresponde)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Compensación Laboral

Pensión Alimenticia recibida durante los últimos tres (3) meses

Contribuciones

Pagos de Seguro Social

Desempleo

Pensiones, Intereses, y anualidades

Declaración Notarial de no ingreso del trabajo

EDUCACION/ FORMACION DE HABILIDADES LABORALES:

Horario de clase(s): verificación de inscripción, o declaración escrita del asesor o institución en papel membretado oficial.

Capacitación en habilidades Laborales: verificación de inscripción, o declaración escrita del asesor o institución en papel membretado

GED/Educación de adultos: verificación de inscripción o declaración escrita de asesor o institución en papel membrete oficial

OTRO:

Verificación del acuerdo de cuidado infantil



Solicitud de preparación escolar para la Oficina de Primera Infancia

Todos los solicitantes deben tener dieciocho (18) años o más o ser menores de edad emancipados. Todos los solicitantes deben tener la custodia física de los niños para quienes solicitan los servicios. Si solicita ser padre adolescente, ingrese la información del padre adolescente a continuación.

INFORMACION REQUERIDA NECESARIA PARA TODOS LOS PROGRAMAS.

Información del Aplicante/Padre Adolescente

# Seguro Social (Opcional)	Primer Nombre (aplicante) IM	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
Raza (ver código):	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Lenguaje primario:	Nivel más alto de educación o capacitación completado:	Estado Militar (ver código):	
# de padres en el hogar:	# En la familia:	# de miembros en el hogar:	Usted tiene bienes arriba de \$1,000,000.00 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Códigos de Raza: A = Americano Asiático B = Negro/Afroamericano H = Hawaiano/ Isleño del Pacífico I = Indio Americano o Nativo de Alaska W = Blanco/Caucásico O = Otro			Códigos de estado militar: (solamente adultos): N/A = No AD = Servicios Activo NGMR = Guardia Nacional/ Reserva Militar VUSM=Veterano del Ejército de los E.U.		
Dirección de correo:		Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Teléfono de casa/celular
Dirección física/calle (si no es la misma)		Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Teléfono de mensaje:
Dirección de correo electrónico actual /valido (obligatorio)					

Segundo Padres / Guardian

# Seguro Social (Opcional)	Primer Nombre (aplicante) MI	Apellido	Fecha de nacimiento	Genero: <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
Raza (ver código):	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Lenguaje primario:	Nivel más alto de educación o capacitación completado:	Estado Militar (ver código):	
Dirección de correo:		Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Numero de casa/celular
Dirección física/calle (si no es la misma)		Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Numero de mensaje:
¿Alguna vez a recibido TEA O ESS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Usted tiene servicios protección abierto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Han hecho la transición los niños del cuidado de crianza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Es usted guardián o custodia con custodia física? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Recibe beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Vivienda actual: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta (alquilar) <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro		
¿Está recibiendo actualmente WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Fecha de vivienda actual:		
¿Hay algún adulto en el hogar discapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Su familia se ha mudado en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Marque si corresponde: <input type="checkbox"/> El padre adolescente reside en el hogar. <input type="checkbox"/> El padre adolescente asiste a la escuela secundaria o al programa GED <input type="checkbox"/> Carece de residencia nocturna regular, fija o adecuado			<input type="checkbox"/> Comparte vivienda debido a dificultades económicas <input type="checkbox"/> Vive en un refugio, hotel, o motel <input type="checkbox"/> Vive en un lugar no diseñado para dormir (carro, parques, etc.)		

INFORMACION DEL HOGAR: * El grupo de elegibilidad de una familia está compuesto por uno (1) o más adultos y niños, que pueden o no estar relacionados por sangre o por ley y 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. En hogares donde residen juntos adultos distintos de los cónyuges o padres de los niños, cada uno puede considerarse un grupo de elegibilidad separado. Si solicita servicios, cada grupo de elegibilidad debe completar una solicitud por separado. Enumere toda la información de los miembros del hogar incluidos en el grupo de elegibilidad.

# de Seguro Social	Primer Nombre MI	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Ciudadana/ Residente Legal	Relación hacia aplicante:	¿Servicios Necesarios?	Raza (ver código)	Estado Militar Solo Adultos (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		
				<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		

INFORMACION DE EMPLEADOR:						
Nombre:			Empleador:			
¿Está actualmente empleado en un centro de cuidado infantil y participa en el programa CCDF? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
¿Su puesto en el programa atiende desde el Nacimiento hasta los 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Horario del trabajo (anota tiempo actual que empiezas/terminas cada día)			Estado de Trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Temporal			
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fecha de Inicio:		Horas Semanales Por Medio:		Tiempo estimado de viaje diario:		
Nombre:			Empleador:			
¿Está actualmente empleado en un centro de cuidado infantil y participa en el programa CCDF? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
¿Su puesto en el programa atiende desde el Nacimiento hasta los 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Horario del trabajo (anota tiempo actual que empiezas/terminas cada día)			Estado de Trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Temporal			
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fecha de Inicio:		Horas Semanales Por Medio:		Tiempo estimado de viaje diario:		

INFORMACION DE ESCUELA:						
Nombre:			Escuela:			
<input type="checkbox"/> Actualmente asiste al programa GED <input type="checkbox"/> Actualmente asiste preparatoria <input type="checkbox"/> Actualmente asiste a un programa de educación superior o de capacitación laboral						
Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Horas matriculadas:	Estado Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		Especialidad o curso de estudio:	
Escribe el horario de escuela abajo (anotar tiempo actual que empieza/terminas cada día)					Tiempo estimado de viaje diario:	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Nombre:			Escuela:			
<input type="checkbox"/> Actualmente asiste al programa GED <input type="checkbox"/> Actualmente asiste preparatoria <input type="checkbox"/> Actualmente asiste a un programa de educación superior o de capacitación laboral						
Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Horas matriculadas:	Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Especialidad o curso de estudio:	
Escribe el horario de escuela abajo (anotar tiempo actual que empieza/terminas cada día)					Tiempo Estimado de viaje diario:	
Lunes	Martes	Lunes	Martes	Lunes	Martes	Lunes

INGRESOS DEL HOGAR: Se debe proporcionar comprobante de TODOS los ingresos del hogar y anotar la frecuencia con la que se reciben: Semanal, Quincenal, Dos veces al mes, Mensual							
Nombre de la(s) persona(s) que reciben:							
Salario en Bruto		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA		<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonos		Otro: (Explicar)	
Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	frecuencia	Cantidad	Frecuencia
Nombre de la(s) persona(s) que reciben:							
Salario en Bruto		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA		<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonos		Otro: (Explicar)	
Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia

SE SOLICITA INFORMACION PARA NIÑO(S) SERVICIOS					
Nombre de niño/a	Escriba cualquier discapacidad médica o del desarrollo	Nombre del participante de cuidado infantil seleccionado	Escriba días y horas de cuidado infantil	El niño asiste a ABC, Head Start o PreKínder Federal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escuela que actualmente asiste:
¿Asegurancia Medica? # de Arkids? ¿Tiene el niño alguna necesidad dietética especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene alergias a (alimentos, insectos, etc):		¿Ha asistido el niño a un programa de Pre-K (ABC) financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde? ¿Se inscribe al niño simultáneamente en un centro ABC y en un programa HIPPY o PAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué programa HIPPY o PAT? ¿Recibe el niño algún servicio de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de niño/a	Escriba cualquier discapacidad médica o del desarrollo	Nombre del participante de cuidado infantil seleccionado	Escriba días y horas de cuidado infantil	El niño asiste a ABC, Head Start o Prekínder Federal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escuela que actualmente asiste:
¿Asegurancia Medica? # de Arkids? ¿Tiene el niño alguna necesidad dietética especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene alergias a (alimentos, insectos, etc):		¿Ha asistido el niño a un programa de Pre-K (ABC) financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde? ¿Se inscribe al niño simultáneamente en un centro ABC y en un programa HIPPY o PAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué programa HIPPY o PAT? ¿Recibe el niño algún servicio de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de niño/a	Escriba cualquier discapacidad médica o del desarrollo	Nombre del participante de cuidado infantil seleccionado	Enumere días y horas de cuidado infantil	El niño asiste a ABC, Head Start o Prekínder Federal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nino escolar actualmente asiste:
¿Asegurancia Medica? # de Arkids? ¿Tiene el niño alguna necesidad dietética especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene alergias a (alimentos, insectos, etc):		¿Ha asistido el niño a un programa de Pre-K (ABC) financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde? ¿Se inscribe al niño simultáneamente en un centro ABC y en un programa HIPPY o PAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué programa HIPPY o PAT? ¿Recibe el niño algún servicio de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Contacto de emergencia si no se puede localizar al padre/tutor:

Nombre:	Relación:	Número de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Médico:	Número de Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Consentimiento para Atención medica de emergencia:

Yo _____ de _____

Nombre del padre/tutor Nombre del niño

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento al director/cuidador del centro de cuidado infantil, o a su representante debidamente designado, para que dicho niño reciba la asistencia médica o quirúrgica que un médico o cirujano debidamente autorizado o reconocido considere necesario en caso de que de una emergencia cuando no se puede localizar a los padres. También se otorga consentimiento para que el director/ cuidador o su representante debidamente designado transporte a dicho niño para recibir tratamiento médico de emergencia, si no se puede localizar a los padres.

Firma del padre/tutor

Fecha

Representante autorizado (si aplica): Si desea elegir a alguien para que lo represente, complete la siguiente información. Si nombra a un representante autorizado, esta persona podrá hablar con el administrador de casos en su nombre.
(Se requiere identificación con fotografía para el representante autorizado)
*****El participante del programa CCDF (proveedor de cuidado infantil) NO PUEDE ser su representante autorizado*****

Nombre de Representante Autorizado:	Numero de casa/ celular:
-------------------------------------	--------------------------

***Certificación del solicitante:**
 Certifico bajo pena de perjurio y fraude que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa o retener información puede resultar en la denegación, terminación o descalificación de servicios o enjuiciamiento penal, y el reembolso de la asistencia financiera realizada en mi nombre. Autorizo a la OEC a recopilar información de otras fuentes para determinar mi elegibilidad para los servicios. Autorizo a cualquier fuente que la OEC considere necesaria para determinar mi elegibilidad para divulgar información sobre mí. Certifico que he leído y entiendo mis Derechos y Responsabilidades (disponibles en el sitio web)

Firma de aplicante: _____ Nombre escrito del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de padre adolescente: _____ Nombre escrito del padre adolescente: _____ Fecha: _____