



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: oc.familysupport@ade.arkansas.gov

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

APLICACION:

- Aplicación completada:** 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, militar, escolar, emitida por el estado o pasaporte
- Identificación con foto del representante autorizado (si corresponde):** licencia de conducir, militar, escolar, emitida por el estado o pasaporte
- Acta de Nacimiento de cada niño para el que se solicitan servicios**
- Prueba de ciudadanía para cada niño para el que se solicitan servicios**
- Pruebas de residencia del solicitante (dirección física):** puede incluir, entre otros; contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, contrato hipotecario, facturas, correo, identificación emitida por el estado o el gobierno federal, talones de cheques, estado de cuenta o verificación de sistemas estatales.
- Dirección de email válida**
- Verificación del número de Seguro social para cada miembro del hogar** (se requieren servicios para cada niño).
- Registro de vacunación/ calendario de puesta al día**
- Examen físico/ examen de niño sano**
- Documentación de tutela**

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

- Ingresos del Trabajo: Los documentos de respaldo deben incluir copias de talones de cheques consecutivos de los últimos 30 días, si corresponde**
 - Si se paga semanalmente, se requieren los últimos cuatro (4) talones de cheques consecutivos.
 - Si se paga cada dos semanas (cada dos semanas), se requieren los últimos dos (2) cheques consecutivos
 - Si se paga quincenalmente (dos veces al mes), se requieren los últimos dos talones de cheques consecutivos
 - Si se paga mensualmente, se requiere un (1) talon de cheque 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 DCC 57 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)** **Pagos de Seguridad Social**
- Compensación Laboral** **Desempleo**
- Pensión Alimenticia recibida durante los últimos tres (3) meses** **Pensiones, Intereses, y anualidades**
- Aportes** **Declaración Notarial de no ingreso del trabajo**

EDUCACION/ FORMACION DE HABILIDADES LABORALES:

- Horario de clases:** 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 membretado oficial

OTRO:

- Verificación del acuerdo de cuidado infantil**



Todos los solicitantes deben tener dieciocho (18) anos o mas o ser menores de ead emancipados. Todados los solicitantes deben ener la custodia fisica de los ninos para quienes solicitan los servicios. Si solicita ser padre adolescente, ingrese la informacion del padres adolescente a continacion.

INFORMACION REQUERIDA NECESARIA PARA TODOS LOS PROGRAMAS.

Informacion de padres o tutores/ padres adolescentes:

# Seguro Social (Opcional)	Primer Nombre (aplicante) nombre por medio Apellido	Feechi de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorcido/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Vuido/
Raza (ver codigo):	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Language primario:	Nivel mas alto de educacion o capacitacion completado:	Sitacion Militar (ver codigos):
# de padres en el hogar:	# de familiares:	# de miembros en el hogar:	Tienes bienes en el hogar por encima de \$1,000,000.00 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Codigo de Raza: A = Americano Asiatico B = Negro/Afro-Americano H = Hawaiano/ Isleno de Pacifico I = Indio Americano o Nativo de Alaska W = Blanco/Caucasico O = Otro			Codigos de estatus militar: (Solo Adultos): N/A = No AD = Servicios Activo NGMR = Guardia Nacional/ Reserva Militar VUSM=Veterano del Ejercito de los E.U.	
Direccion de envoi:	Ciudad/Estado	Codigo Postal	Condado	Numero de casa/cellular
Direccion fisica (si no es la misma)	Ciudad/Estado	Codigo Postal	Condado	Numero de message:
Direccion de correo electrónico actual /valido (obligatoria)				

Segundo Padres / Guardian

# Seguro Social (Opcional)	Primer Nombre (aplicante) nombre por medio Apellido	Feechi de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorcido/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Vuido/
Raza (ver codigo):	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Language primario:	Nivel mas alto de educacion o capacitacion completado:	Sitacion Militar (ver codigos):
Direccion de envoi:	Ciudad/Estado	Codigo Postal	Condado	Numero de casa/cellular
Direccion fisica (si no es la misma)	Ciudad/Estado	Codigo Postal	Condado	Numero de message:
Alguna vez has recibido TEA O ESS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene u estuche de servicios protector abierto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Han passado los ninos de cuiddo de Crianza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es usted tutor o custodia con custodia fisica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Recibe beneficios SNAP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Comparte vivienda debido a dificultades economicas		
Esta recibiendo actualmente WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Vive en un refugio, hotel, o motel		
Hay algun adulto en el hogar discapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Vive en un lugar no disenado para dormir (carro, parques, etc.)		
Marque si corresponde: <input type="checkbox"/> El padre adolescente reside en el hogar. El padre adolescente asiste a la escuela secundaria o al programa GED Carece de residencia nocturna regular, fija o adecuado		<input type="checkbox"/> Comparte vivienda debido a dificultades economicas		
		<input type="checkbox"/> Vive en un refugio, hotel, o motel		
		<input type="checkbox"/> Vive en un lugar no disenado para dormir (carro, parques, etc.)		

INFORMACION DEL HOGAR: * El grupo de elegibilidad de una familia esta compuesto por uno (1) o mas adultos y ninos, que pueden o no estar relacionados por sangre o por ley y que redisen en la misma casa cuando al menos uno de los adultos tiene la custodia fisica de los ninos para quienes se presenta la solicitud. En hogares donde residen juntos adultos distinitos de los conyuges o padres de los ninos, cada uno puede conderarse un grupo de elegibilidad separado. Si solicita servicios, cada grupo de elegibilidad debe completar una solicitud por separado. Enumere toda la informacion de los miombos del hogar incluidos en el grupo de elegibilidad.

# de Seguro Social	Primer Nombre Nombre por medio Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Ciudadana/ Residente legal	Relacion hacia aplicante:	Servicios Necesarios?	Raza (ver codigo)	Situacion Militar Solo Adultos (ver codigo)
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

INFORMACION DE EMPLEADOR:

Nombre: _____ Empleador: _____

Esta actualmente empleado en un centro de cuidado infantil y participa en el programa CCDF? Si No
 Su puesto en el programa atiende desde el Nacimiento hasta los 5 años? Si No

Enumere el horario de trabajo a continuacion (enumere las horas reales de inicio y finalizacion de cada dia) Estado de Trabajo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporario Temporal

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

Fecha de Inicio: _____ Horas Semanales Por Medio: _____ Tiempo estimado de viaje diario: _____

Nombre: _____ Employer: _____

Esta actualmente empleado en un centro de cuidado infantil y participa en el programa CCDF? Si No
 Su puesto en el programa atiende desde el Nacimiento hasta los 5 años? Si No

Enumere el horario de trabajo a continuacion (enumere las horas reales de inicio y finalizacion de cada dia) Estado de Trabajo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporario Temporal

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

Fecha de Inicio: _____ Horas Semanales Por Medio: _____ Tiempo estimado de viaje diario: _____

INFORMACION DE ESCUELA:

Nombre: _____ Escuela: _____

Actualmente asiste al programa GED Actualmente asiste Secundaria Actualmente asiste a un programa de educacion superior o de capacitacion laboral

Fecha de Inicio: _____ Fecha Final: _____ Horas matriculadas: _____ Estado Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial _____ Especialidad o curso de estudio: _____

Enumere el horario escolar a continuacion (enumere las horas reales de inicio y finalizacion de cada dia) Tiempo Estimado de viaje diario: _____

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

Nombre: _____ Escuela: _____

Actualmente asiste al programa GED Actualmente asiste Secundaria Actualmente asiste a un programa de educacion superior o de capacitacion laboral

Fecha de Inicio: _____ Fecha Final: _____ Horas matriculadas: _____ Fecha de Inicio: _____ Fecha Final: _____ Horas matriculadas: _____

Enumere el horario escolar a continuacion (enumere las horas reales de inicio y finalizacion de cada dia) Tiempo Estimado de viaje diario: _____

Lunes	Martes	Lunes	Martes	Lunes	Martes	Lunes

**INGRESOS DEL HOGAR: Se debe proporcionar prueba de TODOS los ingresos del hogar. Enumere la frecuencia con la que se recibe:
 Semanale, quincenal, dos veces al mes, mensual**

Nombre de la(s) persona(s) que reciben: _____

Salario Bruto		<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> SSA	<input type="checkbox"/> Comision	<input type="checkbox"/> Bono	Otro: (Explicar)	
Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	frecuencia	Cantidad	Frecuencia

Nombre de la(s) persona(s) que reciben: _____

--	--

***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 impreso del solicitante:** _____ **Fecha:** _____

Firma de padre adolescente: _____ **Madre adolescente nombre impreso:** _____ **Fecha:** _____

Solo para uso oficial:

Program applying for? Low Income ESS ABC EHS Federal Pre-K ABC/ITS ABC Summer Other