



Solicitud de asistencia de matrícula 2024

Información personal:

Nombre completo del niño:	
Fecha de nacimiento:	Edad al 1 de enero de 2024:
Nombre del padre/tutor:	Relación hacia el niño:
Dirección de envío:	Teléfono #:
Correo electrónico:	Idioma preferido:

Información familiar/financiera:

INFORMACIÓN DEL HOGAR	Nivel de ingreso familiar anual
Número de personas en el hogar mantenidas por los ingresos familiares ____ ¿Es usted propietario o alquila su casa? <input type="checkbox"/> Sí - Propio <input type="checkbox"/> Sí - Alquiler <input type="checkbox"/> No, no soy propietario ni alquilo mi propia casa. Mi hijo y yo residimos actualmente: <input type="checkbox"/> En un motel/refugio/vivienda de transición <input type="checkbox"/> Moverse de un lugar a otro <input type="checkbox"/> Vivir temporalmente con otra persona <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 to \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 to \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 to \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 to \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 to \$70,000 <input type="checkbox"/> Más que \$70,000

Entiendo que (por favor lea y firme que entiende):

- He sido honesto acerca de mis respuestas y, si me lo solicitan, puedo proporcionar documentación que respalde mis respuestas.
- Completar esta solicitud no garantiza asistencia, pero se requiere una solicitud completa para su consideración.
- La Asistencia solo se aplicará a la matrícula de cuidado y aprendizaje temprano (0-5 años).
- La Asistencia se enviará directamente a su proveedor/centro y usted será responsable del saldo restante.

Firma del padre or tutor: _____ Fecha: _____

Información del centro/proveedor: (Para ser completado por el proveed/director)

Center/Provider Name _____
Center/Provider phone #: _____ Center/Provider email: _____
Daily Care Cost _____ Monthly Care Cost _____ Does the child attend Full or Part time (circle one)?
Does this family receive child care assistance through the Idaho Child Care Program (ICCP)? yes/no _____
Signature of Provider/Director _____ Date _____

Se puede enviar una solicitud completa por correo electrónico a: collaborative@tetoneducation.org