



## CAPMC/Alternative Payment Program Subsidized Child Care Eligibility List Application

### PERSONAL INFORMATION / INFORMACION PERSONAL

Date / Fecha: \_\_\_\_\_  Single Parent / Padre/Madre Soltero/a

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_.

Name of other parent / Nombre de otro padre: \_\_\_\_\_ DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_.

Relationship to child(ren) / Relacion de niño/s: \_\_\_\_\_

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code / Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Email address / Correo electronico: \_\_\_\_\_

Phone / Telefono: \_\_\_\_\_

Family Size (including yourself) / Tamaño de Familia (incluyendose a usted): \_\_\_\_\_

Total Gross Monthly Income / Total de Ingresos Mensuales: \$ \_\_\_\_\_

Have you received cash aid within the last two years for yourself? / A recibido asistencia monetaria dentro de los ultimos dos anos?  Yes / Si  No

**If yes, enter your Social Security Number and/or Case Number:**  
**En caso sí, cuál es su número de caso y/o su número de seguro social:**

### REASON FOR NEEDING CHILD CARE SERVICES (check all that apply) / RASON PARA CUIDADO DE NIÑO Please specify need for each parent / Por favor especifique la necesidad de cada padre

<p>Father (Padre)    Mother (Madre)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment / Empleo</p> <p><input type="checkbox"/> School – Training / Escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Seeking Employment / Buscando empleo</p>	<p>Father (Padre)    Mother (Madre)</p> <p><input type="checkbox"/> At Risk (CPS)/ Al Riesgo (CPS)</p> <p><input type="checkbox"/> Homeless / Sin Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacitated / Incapacidad</p>
--	---

Type of service needed / Tipo de servicio necidada:  Full-Time / Tiempo-Completo  
 Part-Time / Tiempo-Parcial

### FAMILY INFORMATION / INFORMACION DE FAMILIA

Child's Name: Nombre del niño:	Special Needs: Necesidades Especial:	Birth Date: Fecha de nacimiento:	Need Services for this child: Necesita Servicios para el niño/a	
	Yes/Si    No		Yes/Si	No
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>