

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE MATRÍCULA

Nombre y apellido del padre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Información del padre/tutor principal:

____ Misma información que la anterior

Dirección de la residencia principal del niño: _____

Código postal: _____

Preferencia de idioma _____

Educación completada: Escuela secundaria/GED Escuela vocacional
 Universidad/Colegio Actualmente inscrito

Situación laboral: Tiempo parcial Tiempo completo Desempleado Otro

Empleador: _____ Teléfono: _____

Horas/Semana: _____ ¿Ingresos de otros empleos/trabajos? _____/mes

Padre/tutor adicional:

Primer apellido: _____

Preferencia de idioma _____

Educación completada: Escuela secundaria/GED Escuela vocacional
 Universidad/Colegio Actualmente inscrito

Situación laboral: Tiempo parcial Tiempo completo Desempleado Otro

Empleador: _____ Teléfono: _____

Horas/Semana: _____ ¿Ingresos de otros empleos/trabajos? _____/mes

Número total de personas en su hogar, incluido usted mismo: _____

Ingresos mensuales del hogar: _____

**Incluya su talón de pago de su último mes de empleo con su solicitud.*

**Antes de impuestos sobre la renta de todos los miembros de la familia. Los ingresos no incluyen ganancias de capital o beneficios no monetarios como Medicaid, vivienda pública, cupones de alimentos. Pero incluye todos los beneficios en efectivo. Si el ingreso mensual varía (ej. empleo estacional), divida el ingreso anual por 12 para obtener el ingreso mensual)*

Niños menores de 18 años en su hogar:

1) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Recibe cuidado/escuela en _____ Días/semana _____

Asistencia necesaria Si No

Días y hora: _____

2) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Recibe cuidado/escuela en _____ Días/semana _____

Asistencia necesaria Si No

Días y hora: _____

3) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Recibe cuidado/escuela en _____ Días/semana _____

Asistencia necesaria Si No

Días y hora: _____

Autorización

Por la presente, autorizo a EVICS Centro de Recursos Familiares a proporcionar información obtenida de mí a cualquier proveedor de cuidado infantil que pueda elegir usar, cualquier empleador para el que trabaje o cualquier escuela a la que asista.

Además, autorizo a cualquier proveedor de cuidado infantil que pueda elegir usar, cualquier empleador para el que trabajo, cualquier escuela a la que asista o cualquier programa para el cual reúna los requisitos para recibir financiación para proporcionar información a EVICS con respecto a mi solicitud de cuidado infantil subvencionado a través del fondo de becas de EVICS par el cuidado de niños. Libero a la(s) persona(s), agencias o instituciones de toda responsabilidad por suministrar dicha información.

Firma: _____ Fecha _____

Nuestra agencia participa en el sistema de gestión de casos de múltiples agencias de la Asociación de Centros de Recursos Familiares (FRCA, por sus siglas en inglés) llamado FRCAforce. FRCAforce es un sistema para proveedores de servicios de la Asociación de Centros de Recursos Familiares para facilitar el acceso a los recursos y la coordinación de casos.

Al firmar este formulario de autorización, acepta permitir que nuestra agencia, el Centro de recursos familiares de EVICS, comparta su información con otros Centros miembros de FRCA con el fin de coordinar recursos y servicios en su nombre. La información que se puede compartir incluye su nombre, fecha de nacimiento, condado de residencia, número de miembros del hogar, código postal y centro de recursos.

Yo, _____, AUTORIZO que mi información, como se describe anteriormente, sea compartida por y entre los Centros miembros de FRCA a través de FRCAforce, un sistema de datos en línea compartido.

Entiendo que solo se compartirá con los Centros de miembros la información que sea necesaria para facilitar el acceso a los recursos, la determinación de beneficios y la coordinación de casos. También entiendo que Centros de miembros adicionales pueden unirse a la red de FRCA después de haber firmado este formulario de consentimiento, y acepto que cualquier Centro de miembros agregado posteriormente puede acceder a mi información para los fines descritos en este documento.

Reconozco que los datos anónimos (no identificables) sobre los servicios que recibo pueden ser utilizados por FRCA con fines de investigación y evaluación del programa.

Al firmar este formulario, entiendo que:

Todos los Centros Miembros cubiertos por esta autorización están obligados por contrato a mantener la confidencialidad de mi información.

No estoy obligado a dar permiso para divulgar mi información para recibir beneficios o servicios del Centro de recursos familiares de EVICS u otro Centro para miembros.

Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que un Centro miembro haya actuado basándose en ella, mediante el envío de una notificación por escrito al Centro de recursos familiares de EVICS.

Puedo adquirir una copia de este comunicado a mi solicitud.

Caducidad de la autorización: a menos que yo la rescinda antes, esta autorización caducará un año después de la fecha de la firma.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendo el contenido de este formulario.

Fecha de firma: _____

Si es representante del cliente, qué relación tiene con el cliente: _____

Staff Attestation: *I have reviewed the FRCAforce Authorization to Release Information with this client. I further attest that our organization shall maintain the client's signed authorization on file.*

Staff Signature: _____ Date: _____

FRCA Member Center, EVICS Family Resource Center

EVICS Scholarship Fund

Application Received: _____ Staff: _____

Notification of approval/denial due date (1 week from today): _____ Staff: _____

Denied

Approved

In attendance at: _____ Days/ Week: _____

Staff Approved Scholarship by: _____ Date: _____

CCAP (If eligible)

Release Signed

Application filled out.

For Staff Use Only:

Is a need match required: Yes No *if yes complete the following:

Date of Data Entry: _____ Staff initials _____

Assigned by: _____

Assigned to: _____

Date FDS was offered: _____ Staff initials _____

