



**Child Care Resource and Referral of Multnomah County**

4510 NE 102<sup>nd</sup> Ave  
Portland OR 97220  
Phone: 503-491-6200  
Fax: 503-491-6930  
www.ccr-rmc.org

**SOLICITUD DE INICIATIVA  
COMUNITARIA DE CUIDADO  
INFANTIL  
COMMUNITY CHILDCARE INITIATIVE  
APPLICATION**

A program of



**Información personal**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

*apellido*

*nombre de pila*

*Inicial del segundo*

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

*Calle y número*

*Unidad de apartamento #*

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

# de adults en la casa: \_\_\_\_\_ # de niños en la casa: \_\_\_\_\_ ERDC Número de caso: \_\_\_\_\_

**Información de ingresos: proporcione documentación**

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales antes de impuestos: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Salario bruto) \$ \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales antes de impuestos: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del trabajo: \_\_\_\_\_  
(Salario bruto) \$ \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

**Ingresos adicionales: proporcione documentación**

Ingreso mensual adicional: \$ \_\_\_\_\_ Fuente: (Ex. SSI) \_\_\_\_\_

**Niños bajo cuidado: proporcione archivos adjuntos para niños adicionales**

Proveedor: \_\_\_\_\_

El nombre del niño: _____	Fecha de nacimiento: _____	Tarifa de cuidado infantil: \$ _____	Promedio de horas por semana El niño asiste a cuidado infantil: _____
---------------------------	----------------------------	--------------------------------------	---

El nombre del niño: _____	Fecha de nacimiento: _____	Tarifa de cuidado infantil: \$ _____	Promedio de horas por semana El niño asiste a cuidado infantil: _____
---------------------------	----------------------------	--------------------------------------	---

El nombre del niño: _____	Fecha de nacimiento: _____	Tarifa de cuidado infantil: \$ _____	Promedio de horas por semana El niño asiste a cuidado infantil: _____
---------------------------	----------------------------	--------------------------------------	---

**¿Actualmente recibe asistencia de guardería relacionada con el empleo (ERDC) del DHS? Debe solicitar ERDC antes de buscar asistencia de CCI).**

En caso afirmativo, copago mensual: \$ \_\_\_\_\_ Si NO, ¿ha presentado su solicitud? \_\_\_\_\_ Fecha aplicada: \_\_\_\_\_

Razón de denegación: \_\_\_\_\_ **Por favor (incluya su carta de denegación)**

Otra asistencia para el cuidado infantil: \$ \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_



Fecha recibido: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_