

**Solicitud y Contrato de Asociación para Asistencia de Cuidado Infantil para Empleados**

**Sección I. Debe ser llenada únicamente por el empleador**

Por favor proporcione la siguiente información de registro:

- Nombre del empleado \_\_\_\_\_
- ¿Esta persona actualmente trabaja para usted?  Sí  No
- Fecha de la contratación más reciente \_\_\_\_\_ Fecha del primer pago \_\_\_\_\_
- Sueldo por hora \_\_\_\_\_ Pago por horas extra \_\_\_\_\_ Horas anticipadas por semana \_\_\_\_\_ Día de pago \_\_\_\_\_  
Prima por turno \_\_\_\_\_
- ¿Se deducen impuestos del sueldo bruto del empleado?  Sí  No
- ¿Está programado un cambio en el sueldo del empleado?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, el nuevo sueldo será de \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_  
y se reflejará en el cheque que el empleado recibirá el \_\_\_\_\_.
- ¿Con qué frecuencia se paga el sueldo?  semanalmente,  cada dos semanas,  dos veces al mes,  
 mensualmente,  otro: \_\_\_\_\_
- Si ha estado empleado por dos meses o más, indique el sueldo pagado durante los dos meses anteriores o proporcione (adjunte) dos meses de talones de pago.

Fecha de recibo	Horas	Sueldo bruto	*Propinas	Fecha de recibo	Horas	Sueldo bruto	*Propinas
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			

- Título del empleado \_\_\_\_\_
- ¿Tiene la empresa menos de cincuenta (50) empleados que trabajen más de treinta y cinco (35) horas por semana?  Sí  
 No
- ¿En qué industria/mercado está su empresa? \_\_\_\_\_
- Monto de la contribución hacia el costo del cuidado infantil del empleado \_\_\_\_\_  
 semanalmente,  cada dos semanas,  dos veces al mes,  mensualmente,  otro: \_\_\_\_\_

**Advertencia: Cualquier persona que ayude a otra persona a obtener asistencia (o beneficios) de manera fraudulenta está sujeta a sanciones establecidas por la ley estatal y federal, incluidas multas, prisión o ambas.**  
Certifico que la información contenida en este formulario es cierta y correcta según mi leal saber.

Nombre del empleador/ empresa \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Cantidad total de empleados \_\_\_\_\_

Nombre y título de la persona que llenó esta sección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**COMMONWEALTH OF KENTUCKY**

Cabinet for Health and Family Services  
Department for Community Based Services  
Division of Child Care  
275 East Main Street, 3C-F  
Frankfort, KY 40621

For Office Use Only:  
Contract # \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Email: PartnershipChildCare@ky.gov; Phone: 1-844-209-2657; Fax: 502-564-3464

**Sección II. Debe ser llenada únicamente por el empleado**

Por favor, enumere todos los miembros del hogar y todas las fuentes de ingresos.

Miembro del hogar	Relación	Fuente de ingreso	Monto de ingreso bruto	Frecuencia del ingreso

¿Usted o algún miembro del hogar actualmente trabaja para un empleador diferente al especificado en la Sección I?  
De ser así, **debe** proporcionar un comprobante. El comprobante puede ser un talón de cheque del mes actual o una declaración escrita por el empleador.

**Advertencia:** Cualquier persona que ayude a otra persona a obtener asistencia (o beneficios) de manera fraudulenta está sujeta a sanciones establecidas por la ley estatal y federal, incluidas multas, prisión o ambas.  
Certifico que la información contenida en este formulario es cierta y correcta según mi leal saber.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

**COMMONWEALTH OF KENTUCKY**

Cabinet for Health and Family Services  
Department for Community Based Services  
Division of Child Care  
275 East Main Street, 3C-F  
Frankfort, KY 40621

For Office Use Only:  
Contract # \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Email: PartnershipChildCare@ky.gov; Phone: 1-844-209-2657; Fax: 502-564-3464

**Sección III. Debe ser llenada únicamente por el proveedor de cuidado infantil**

Por favor, indique la tarifa comercial del cuidado para el niño(s) al que se le brindará cuidado a través de este programa.

Tarifa: \_\_\_\_\_ Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Ciclo de factura: \_\_\_\_\_

Tarifa: \_\_\_\_\_ Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Ciclo de factura: \_\_\_\_\_

Tarifa: \_\_\_\_\_ Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Ciclo de factura: \_\_\_\_\_

Tarifa: \_\_\_\_\_ Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Ciclo de factura: \_\_\_\_\_

Tarifa: \_\_\_\_\_ Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Ciclo de factura: \_\_\_\_\_

**Advertencia: Cualquier persona que ayude a otra persona a obtener asistencia (o beneficios) de manera fraudulenta está sujeta a sanciones establecidas por la ley estatal y federal, incluidas multas, prisión o ambas.**  
Certifico que la información contenida en este formulario es cierta y correcta según mi leal saber.

Nombre del proveedor de cuidado infantil/ nombre del negocio \_\_\_\_\_ CLR N.º \_\_\_\_\_

Nombre del licenciario \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre y título de la persona que llenó esta sección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_