



HOJA DE TRABAJO DEL SOLICITANTE PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Formulario estatal 57383 (R3 / 7-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

FONDO DE CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF) /PROGRAMA ON MY WAY PRE-K

Nombre del solicitante	Número de caso	Fecha de nacimiento del solicitante (día, mes, año)	Número de teléfono celular ()	Otro teléfono de contacto ()
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado	¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal (si es diferente a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Idioma principal hablado	Dirección de correo electrónico

ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

	Nombre completo (Nombre y apellidos)	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿Trabaja?	¿Va a la escuela?	Grado más alto completado	Horas de trabajo o en la escuela por semana	Días por semana que se necesita cuidado (Dom., Lun., Mar., Miérc., Juev., Viern., Sáb.)
SOLICITANTE			ÉL MISMO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
COSOLICITANTE				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿El niño necesita cuidado infantil?	El niño vive en el hogar con	Entrega más temprano	Retiro más tarde
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

DIVULGACIÓN DE INGRESOS: *incluya todos los ingresos recibidos*

Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse	Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse
Manutención infantil			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Pagos/salario			Talón de pago o cheque cancelado (anverso y reverso) y formulario de detalle de salario (si corresponde)
Seguro social			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	Asistencia para la vivienda			Ninguna
Seguro social suplementario			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	SNAP			Ninguna
TANF			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Estudio, Trabajo			Ninguna
Desempleo			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Otro			Adjuntar documentación adecuada

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. ¿A qué distrito escolar asiste su hijo?	2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o en un refugio para víctimas de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Vive en su automóvil, en un parque u otro lugar público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usted o su cosolicitante activo en el ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted o su cosolicitante activo en la Guardia Nacional o la Reserva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene activos que superan el (1) millón de dólares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE**Entiendo lo siguiente en relación con mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para beneficios de cuidado infantil:**

- Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Oficina de Elegibilidad información completa y precisa que incluye, a modo de ejemplo, ingresos y composición familiar. Entiendo que se me pedirá que presente prueba de la información proporcionada.
- Entiendo que se me puede solicitar que verifique estas declaraciones, y doy mi consentimiento a la agencia desde donde solicito servicios para hacer los contactos necesarios y verificar las declaraciones.
- Entiendo que el cuidado infantil subsidiado no comenzará hasta que se completen todos los formularios y haya recibido una notificación por escrito de la Oficina o su representante.
- Entiendo que debo informar a la Oficina de Elegibilidad cuando finaliza mi necesidad de servicio, mi estado de TANF o mi composición familiar cambian, me mudo a otro estado, obtengo un nuevo número de teléfono, tengo activos totales que exceden 1 millón de dólares o se produzca un cambio en ingresos que exceden el 85% del ingreso medio estatal (SMI), dentro de los diez (10) días calendario posteriores al cambio y proporcionar documentación de respaldo, si fuera necesario.
- Entiendo que se me puede pedir que coopere con personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación del programa.

Entiendo lo siguiente en relación con mi proveedor de cuidado infantil:

- Entiendo que debo solicitar un cambio de proveedor enviando una página de información del proveedor completa y actualizada a la Oficina de Elegibilidad, a más tardar, al mediodía del día anterior al último día hábil de la semana. Entiendo que no puedo cambiar de proveedor hasta que se actualicen los cupones.
- Entiendo que la elección del cuidador no es solo mi elección, es mi responsabilidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad reportar cualquier sospecha de abuso y negligencia infantil a la autoridad correspondiente y que las demás personas tienen la misma responsabilidad con respecto a mi(s) hijo(s).
- Entiendo que el reembolso por la atención de mi hijo se realizará directamente al proveedor, a menos que la atención la brinde en mi hogar un no residente, en cuyo caso el pago se realizará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados, así como cualquier copago. También entiendo que es mi responsabilidad retener y realizar todos los pagos correspondientes del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para mi proveedor de cuidado infantil y para el informe de fin de año al IRS.
- Entiendo que mi proveedor debe brindarme atención en mi domicilio indicado en el cupón.
- Entiendo que a los padres, padrastros o tutores legales no se les pagará como cuidadores de sus propios hijos.
- Entiendo que la falta de pago de cualquier copago de cuidado infantil podría dar lugar a que mi familia pierda esta asistencia financiera.
- Entiendo que se espera que mi hijo asista a la guardería a tiempo completo y que mi hijo recibe cuarenta y cinco (45) días de ausencia por año de inscripción para usar si está enfermo, de vacaciones o tiene una emergencia y no puede asistir. Entiendo que mi proveedor de cuidado de niños seguirá siendo pagado por estos días.

Entiendo mis derechos al recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF/On My Way Pre-K:

- Entiendo que la información relativa a mi familia sobre el programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K y los servicios que recibo se tratarán como confidenciales, y se utilizarán únicamente para la administración del programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K.
- Entiendo mi derecho a presentar una queja por escrito.
- Entiendo que puedo presentar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con una acción tomada con respecto a mi elegibilidad para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil pueden cancelarse por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de información adicional relacionada con la determinación de elegibilidad de OECOSL o sus agentes dentro del plazo requerido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días posteriores al primer pago atrasado.
- No reembolsar completamente a un proveedor elegible en el hogar (niñero/a) de CCDF/On My Way Pre-K.
- No mantenerse al día con cualquier acuerdo de pago existente determinado por la OECOSL.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil se cancelarán por cualquiera de los siguientes motivos:

- Ausencias excesivas e inexplicables.
- Un cambio de residencia fuera del Estado.
- Violaciones intencionales del programa o fraude comprobados.
- No proporcionar información completa en el momento de la autorización o actualización.
- Los ingresos del hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumplen con la elegibilidad financiera.
- El hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumple con los requisitos de necesidad de servicio.
- El copago supera el subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.
- Entiendo que los cupones de mi niño/niños serán terminados una vez que hayan acumulado cuarenta y cinco (45) días de ausencia. Si los cupones de mi(s) hijo(s) se cancelan por ausencias excesivas, entiendo que debo esperar noventa (90) días para volver a solicitar los servicios de cuidado infantil.

