



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Solicitud de cuidado infantil subsidiado del estado de Pensilvania

Child Care
WORKS

If you want help in paying your child care costs, you must complete this application. This is an application for subsidized child care. This application is also available in Spanish. If you need help with reading and/or completing this application, please contact your local CCIS agency.

如果您需要钱用于托儿服务，您必须填写此申请。这是一个育儿补充应用程序。此应用程序也提供西班牙语。如果您需要帮助阅读或完成本申请，请联系您当地的CCIS组织。

បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃមើលកូន លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ។ នេះគឺជាក្រដាសដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយថ្លៃមើលកូន។ បើលោកអ្នកការពិបាកអាននិង ឬបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមទាក់ទងអង្គការ CCIS ដែលនៅតាមតំបន់លោកអ្នក។

Если вам требуется помощь в оплате детского сада для вашего ребенка, вы должны заполнить данную форму. Эта форма - заявление на субсидированное обслуживание вашего ребенка в детском саду. Если вам нужна помощь в чтении и/или заполнении данной формы, обращайтесь в бюро CCIS по месту жительства.

Nếu quý vị muốn được trợ cấp để trả chi phí trông nom sản sóc con em quý vị, quý vị cần điền chi tiết vào mẫu đơn này. Đây là mẫu đơn xin hưởng trợ cấp trông nom sản sóc trẻ em. Nếu quý vị cần trợ giúp để đọc/hay điền đơn này, xin liên hệ cơ quan CCIS nơi quý vị cư ngụ.

Si necesita ayuda para pagar los gastos de guardería de su hijo, complete este formulario. Es una solicitud para recibir cuidado infantil subvencionado. Si necesita ayuda para leer o completar esta solicitud, comuníquese con la oficina de CCIS de su localidad.

Cuidado infantil subsidiado

El programa de cuidado infantil subsidiado ayuda a las familias de bajos ingresos a pagar los costos del cuidado infantil. Para acceder, debe vivir en Pensilvania, presentar la solicitud en el condado en el que reside y tener uno o más hijos que requieren de cuidado mientras usted trabaja o asiste a un programa educativo o de capacitación.

Si completa esta solicitud, la agencia de Servicios de Información sobre Cuidado Infantil (Child Care Information Services, CCIS) podrá determinar si usted y su familia tienen derecho a recibir un subsidio que les ayude a pagar los servicios de cuidado infantil.

Puede enviar la solicitud completa por correo postal o fax, o entregarla personalmente en la agencia de CCIS local. Si lo desea, puede completar una solicitud de cuidado infantil subsidiado en línea, en www.compass.state.pa.us.

Nota: Una vez que envíe la solicitud completa, se le pedirá que muestre los documentos que corroboran su información. La agencia de CCIS le indicará la información y los documentos exactos que necesita y el plazo que tiene para presentarlos.

A continuación, algunos requerimientos básicos:

Domicilio de residencia	¿Es obligatorio vivir en Pensilvania?	Sí
Empleo/programa educativo o de capacitación	¿Es obligatorio trabajar o capacitarse una determinada cantidad de horas semanales?	Sí, al menos 20 horas semanales, que pueden dividirse en 10 horas de trabajo y 10 horas de capacitación.
	Soy padre/madre adolescente. ¿Debo estar inscrito/a en la escuela?	Si es padre/madre adolescente, debe estar inscrito/a en la escuela como alumno/a regular de tiempo completo.
Ingresos	¿Existen pautas sobre los ingresos?	Sí, consulte el gráfico incluido.
Costo	¿Tengo que pagar por los servicios de cuidado infantil?	Sí; el copago se fija según sus ingresos y el tamaño de su familia.

Pautas sobre los ingresos: Las pautas sobre los ingresos cambian todos los años, según las Pautas Federales sobre Ingresos que Definen el Nivel de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG). El gráfico incluido muestra el monto de ingresos máximo según el tamaño de familia para tener derecho al cuidado infantil subsidiado. Algunos gastos familiares pueden ser deducibles.

Si no está seguro de cumplir con las pautas sobre ingresos, complete la solicitud y le informaremos si cumple con los requisitos.

Modo de completar la presente solicitud: Siga las instrucciones para cada sección y recuerde firmar y fechar la declaración jurada de solicitud que se encuentra en la página 7 antes de enviar la solicitud. **Si necesita ayuda para completar este documento, comuníquese con la agencia de CCIS.**

1

Cuéntenos sobre usted: Ingrese su nombre y apellido, domicilio de residencia, números de teléfono y dirección de correo electrónico. Marque la casilla si se encuentra sin hogar, reside en una vivienda temporaria o en un refugio. En ese caso, puede indicarnos un lugar al que podamos enviarle la información o puede retirarla en la agencia de CCIS.

La **prueba de domicilio** puede ser un contrato de arrendamiento, una factura de un servicio, una escritura, un contrato de alquiler, una identificación estatal con foto, una tarjeta de registro como votante o correo postal que haya recibido donde aparezca su domicilio.

Ayuda: Marque sí o no para responder si recibe ayuda o la ha recibido en los últimos seis meses, por ejemplo, ayuda de dinero en efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (por sus siglas en inglés, TANF), ayuda conforme al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o asistencia para viviendas.

¿Cuál es su nombre?		¿Cuál es su apellido?		Inicial de su segundo nombre:	
¿Cuál es su domicilio?				N.º de apartamento:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	¿Cuándo se convirtió en residente de Pensilvania?	

<input type="checkbox"/> Si se encuentra sin hogar , reside en un refugio o una vivienda temporaria, o comparte una vivienda porque no puede pagar una propia, marque esta casilla.		¿Cómo podemos hacerle llegar información si no tiene un domicilio de residencia permanente?
--	--	---

¿Cuál es el principal idioma que se habla en su hogar?		¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es el principal idioma que se lee en su hogar?		Teléfono celular: _____	
¿En qué idioma desearía recibir información?		Teléfono particular: _____	
¿Cuál es su estado militar?		¿A qué número debemos llamar si tenemos preguntas?	
<input type="checkbox"/> No veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional/Reserva		<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono laboral	
¿Cuál es su dirección de correo electrónico?		¿En qué horario es más conveniente que lo llamemos?	

Ayuda:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Actualmente recibe ayuda en efectivo de TANF?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido ayuda en efectivo de TANF en los últimos seis meses?
		En caso afirmativo, ¿dónde? <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro estado: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Actualmente es beneficiario de SNAP?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Recibe asistencia médica?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es beneficiario del Programa de Seguro Médico para Niños (por sus siglas en inglés, CHIP)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Actualmente recibe asistencia para vivienda?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es beneficiario del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (por sus siglas en inglés, WIC)?

2

Enumere todos los miembros de su grupo familiar y su relación con ellos.

Ingrese el nombre completo, incluso la inicial del segundo nombre, de todos los miembros de su grupo familiar de los que usted es responsable. Ingrese su fecha de nacimiento y sexo, M (masculino) o F (femenino). Si incluye su número de seguro social (Social Security number, SSN), solo se usará para identificar su caso. ¿Cuál es su relación con este miembro del grupo familiar? ¿Este miembro de la familia es pariente del segundo adulto? Marque la raza y etnia de cada miembro de la familia; puede seleccionar todas las opciones que correspondan. (Diríjase a la página 10 para añadir más nombres).

La prueba de composición familiar puede incluir un certificado de nacimiento, una sentencia de custodia, un registro médico o declaración escrita de un médico, o un registro escolar. Si usted es padre/madre adoptivo/a, debe presentar una carta del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Service, DHS) o del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Children Youth and Families, CYF) del condado, en la que se aprueba que el niño en cuestión esté a su cuidado.

NOMBRE, APELLIDO, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	SEXO (M/F)	SSN (OPCIONAL)	¿CUÁL ES SU PARENTESCO CON ESTA PERSONA?	¿ESTA PERSONA ES FAMILIAR DEL SEGUNDO ADULTO?	ETNIA (MARQUE SOLO UNA)
Usted						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Cónyuge/padre o madre del niño/a que necesita cuidado:						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Otra

3

Cuéntenos sobre sus hijos que necesitan servicios de cuidado infantil.

Enumere los nombres de su hijo/a o hijos/as que reside/n en su hogar y necesita/n cuidado infantil o servicios de aprendizaje temprano. (Diríjase a la página 10 para añadir más niños).

Marque **Sí** o **No** en la casilla para responder si su hijo/a es ciudadano/a estadounidense o se encuentra en Estados Unidos de manera legal y ha sido aceptado como residente permanente. Marque **todos los días** en que necesita servicios de cuidado infantil. La agencia de CCIS analizará el cronograma de cuidado infantil con usted en su reunión personal.

Detalle el nombre del/de la niño/a que necesita el servicio:	¿El/la niño/a es ciudadano/a estadounidense o se encuentra en Estados Unidos de manera legal?	Marque los días en que el/la niño/a necesita servicios de cuidado infantil. CCIS analizará el cronograma de cuidado infantil para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
4.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
5.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo

Certificado de vacunación:

Certifico que mis hijos/as enumerados/as a continuación han recibido las vacunas correspondientes a su edad:

Certifico que mis hijos/as detallados/as a continuación NO han recibido las vacunas correspondientes a su edad debido a los siguientes motivos: creencias religiosas, o una afección médica del/de la niño/a.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Información adicional sobre su hijo/a: Marque todas las casillas que puedan aplicar a su hijo/a: Si su hijo/a aprende inglés como segundo idioma, si ha sido cambiado de una escuela a otra porque su padre/madre o tutor/a es trabajador/a migrante, si uno de los padres está ausente por encontrarse en prisión o haber fallecido, o si el/la niño/a fue derivado por un servicio de salud/salud mental.

Sí No ¿Alguno de los/as niños/as mencionados/as anteriormente está aprendiendo inglés como segundo idioma?
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del/de la niño/a? _____

Sí No ¿Alguno de los/as niños/as mencionados/as anteriormente formó parte de un programa Head Start o Early Head Start?
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del/de la niño/a? _____

Sí No ¿Alguno de los/as niños/as mencionados/as anteriormente fue derivado a un programa Pre-K Counts de Pensilvania por otra agencia de salud/salud mental?
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del/de la niño/a? _____

Sí No ¿Alguno de los/as niños/as mencionados/as anteriormente se ha mudado de un distrito escolar a otro debido a que su padre/madre o tutor/a es trabajador/a migrante?
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del/de la niño/a? _____

Sí No Si alguno de los/as niños/as mencionados/as anteriormente tiene padre/madre ausente, tal padre/madre:
 falleció se encuentra en servicio militar se encuentra en prisión no reside en la misma vivienda es de paradero desconocido
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del/de la niño/a? _____

4

Empleo/educación/capacitación: Marque Sí o No para indicar si tiene empleo o se encuentra inscrito en un programa educativo o de capacitación. Marque Sí o No para indicar si necesita cuidado infantil mientras trabaja o asiste a un programa educativo o de capacitación. Debe presentar pruebas respaldatorias de los días y horarios en que trabaja o asiste a un programa educativo o de capacitación.

La **prueba de empleo/educación o capacitación** debe incluir una carta o formulario (consulte los adjuntos) que incluya el nombre de su empleador, institución educativa o programa de capacitación. Debe declarar los días de trabajo/asistencia reales y su cronograma diario (por ejemplo, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.), y la cantidad total de horas semanales. Si usted tiene empleo, el formulario también debe incluir la frecuencia de pago: semanal, quincenal (26 pagos por año), dos veces por mes (24 pagos por año), mensual o anual. La carta o formulario debe estar firmada y fechada por su empleador o un representante institucional autorizado.

EMPLEO	¿Esta persona tiene empleo?	¿Esta persona tiene empleo autónomo?	Lugar de empleo o empleo autónomo:	¿Esta persona necesita servicios de cuidado infantil mientras trabaja?
Usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge/padre o madre conviviente del/de la niño/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CAPACITACIÓN	¿Esta persona está inscrita en un programa de capacitación?	Lugar de capacitación:	¿Esta persona necesita servicios de cuidado infantil mientras asiste al programa de capacitación?	
Usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cónyuge/padre o madre conviviente del/de la niño/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

EDUCACIÓN (si es padre/madre adolescente):

Sí No ¿Se encuentra inscrito en una escuela primaria, intermedia o secundaria, o en un programa de desarrollo educativo general (por sus siglas en inglés, GED)?

Sí No ¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras asiste a tal programa educativo?

5

Ingresos y gastos: Responda **Sí** o **No** para indicar si usted o alguien que reside en su hogar tiene ingresos (no liste los **ingresos de niños menores de edad**). Marque todas las casillas que correspondan a los tipos de ingreso que reciben. Si el tipo de ingreso que recibe no aparece en la lista, detállelo en "otros". Detalle el nombre, tipo de ingreso, monto y frecuencia con que se recibe.

Como **prueba de ingresos pueden incluirse** recibos de pago donde figuren sus ganancias brutas, una declaración de su empleador que detalle sus ganancias brutas y la frecuencia de pago, una carta de la agencia gubernamental encargada de la ayuda de Seguridad Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (por sus siglas en inglés, SSI), una declaración de indemnización por desempleo, una declaración de pensión compensatoria o manutención de menores que detalle el monto y la frecuencia de pago y, si se encuentra desempleado, puede presentar su declaración fiscal del año anterior y toda la documentación respaldatoria.

Como **prueba de gastos pagados** pueden incluirse las facturas por servicios médicos del último trimestre, una sentencia judicial que le ordene pagar manutención infantil por un/a hijo/a que no vive con usted o pagos de pensión compensatoria.

Sí No ¿Alguien que reside en su hogar tiene ingresos? En caso afirmativo, marque todas las opciones que se apliquen:

sueldo intereses seguridad social indemnización por accidente de trabajo manutención de menores
 SSI comisión alojamiento y comida indemnización por desempleo pensión compensatoria
 alquiler pago sindical manutención conyugal otros: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS INGRESOS:	TIPO DE INGRESO:	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE LOS INGRESOS?	¿QUÉ MONTO DE INGRESOS RECIBE?	FECHA DE RECEPCIÓN MÁS RECIENTE:

Sí No ¿Usted o su cónyuge/padre o madre conviviente del/de la niño/a que requiere cuidado infantil tienen gastos médicos impagos por el seguro que correspondan a los últimos 90 días y que continuarán en los próximos 6 meses? Como prueba de gastos médicos pueden incluirse facturas de médicos, facturas de hospitales, facturas de odontólogos, primas de seguro de salud, facturas por medicamentos, dispositivos protésicos o facturas por equipo médico duradero.

Sí No ¿Usted o su cónyuge/padre o madre conviviente del/de la niño/a que requiere cuidado infantil pagan pensión compensatoria o manutención de menores a una persona que no convive con usted? En caso afirmativo, adjunte prueba de la pensión compensatoria o manutención de menores que está obligado/a a pagar.

Sí No **ACTIVOS:** ¿Tiene activos que superen el millón de dólares estadounidenses?

Pregunta sobre su preferencia en relación con el registro de votantes (opcional)

Si no se encuentra registrado/a para votar en su lugar de residencia, ¿le gustaría solicitar su registro como votante aquí y ahora?

Sí No O me encuentro registrado/a como votante en mi lugar de residencia.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTA OPORTUNIDAD.

Para registrarse, debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Tener al menos 18 años de edad al día de la próxima elección.
2. Ser ciudadano estadounidense con al menos un mes de antigüedad ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN.
3. Residir en Pensilvania y este distrito electoral durante al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar registrarse o rechazar esa opción no afectará el monto de la ayuda que reciba de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro como votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si desea ayuda, comuníquese con la agencia de CCIS. Si considera que un tercero ha interferido con su derecho a registrarse como votante o rechazar esa opción, su derecho a la privacidad al tomar la decisión de registrarse o solicitar registrarse como votante, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría del Estado, Departamento de Estado de Pensilvania, Harrisburg, PA 17120. (Número telefónico de llamada gratuita: 1-877-VOTESPA)

6

Permiso de compartir: Su información se revisará y se determinará si cumple con los requisitos para recibir el subsidio. Sin embargo, si no cumple con los requisitos para el cuidado infantil subsidiado, es posible que sí cumpla con los de otro programa de aprendizaje temprano en Pensilvania, como Pre-K Counts, Head Start o Early Head Start.

Le solicitamos permiso para compartir su solicitud con otros programas de aprendizaje temprano en Pensilvania, como Pre-K Counts, Head Start o Early Head Start, si no cumple con los requisitos para el cuidado infantil subsidiado.

Al incluir su firma a continuación, nos autoriza a compartir su solicitud y todos los documentos presentados con otros programas de aprendizaje temprano que puedan satisfacer sus necesidades de servicios de cuidado infantil y las de su familia.

Antes de compartir la información, lo analizaremos con usted.

Sí Autorizo a quien revise esta solicitud a compartirla, junto con todos los documentos presentados, con uno o más programas de aprendizaje temprano a fin de determinar si cumpla con los requisitos para recibir sus servicios.

Entiendo que mi información volverá a revisarse y que el programa se comunicará conmigo por escrito o telefónicamente para informarme mi estado o si necesito presentar información adicional.

No No autorizo a quien revise esta solicitud a compartirla con otros programas de aprendizaje temprano.

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

7

Liberación de la información: Al incluir mi firma a continuación, autorizo a la agencia de CCIS a comunicarse con fuentes confiables para corroborar la información. La presente liberación también autoriza a la agencia de CCIS a comunicarse con terceros en mi nombre cuando no puedan comunicarse conmigo.

Por medio de la presente, autorizo y solicito que la agencia de Servicios de Información sobre Cuidado Infantil (Child Care Information Services, CCIS) se comunique con fuentes confiables que divulguen la información relacionada con la corroboración de los datos de identidad, domicilio de residencia, empleo, actividades educativas y de capacitación; composición y tamaño familiar; cuidado y control de niños/as que residen con un abuelo/a o tío/a; razones para la suspensión del subsidio; ingresos, y toda información adicional pertinente al cumplimiento de los requisitos del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado en relación conmigo o con las personas en cuyo nombre se pagan subsidios. Entiendo que la información obtenida se usará solamente con fines directamente relacionados con la determinación o el cumplimiento de los requisitos del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado.

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

Firma del representante de CCIS: _____

Fecha: _____

Autorizo a que, en caso de no poder comunicarse conmigo, la agencia de CCIS se comunique con la/s persona/s identificada/s a continuación:

NOMBRE:	NÚMERO TELEFÓNICO:	RELACIÓN CON USTED:

Los nombres anteriormente mencionados permanecerán vigentes hasta que me comunique con la agencia de CCIS para eliminarlos de mi lista de nombres de contacto alternativo.

8

Declaración jurada: Una declaración jurada es una afirmación de los hechos que se hace bajo juramento. Al firmar esta declaración jurada, usted afirma que la información ingresada en el presente formulario es fidedigna. La declaración jurada es un medio legal por el cual jurar que sus afirmaciones coinciden con los hechos. La persona o padre/madre que solicite el programa de aprendizaje temprano debe firmar y fechar la presente solicitud. Su firma valida la información ingresada en el formulario.

Declaro haber leído o haber oído que se leyera por completo la presente solicitud y haber recibido una copia escrita del formulario de Derechos y responsabilidades que se encuentra en la página 8. A mi leal saber y entender, toda la información proporcionada es fidedigna, correcta y completa. Entiendo que la información incluida en esta solicitud se usará para determinar si cumpla con los requisitos para recibir servicios de cuidado infantil subsidiado y puede usarse en relación con los programas Pre-K Counts, Head Start o Early Head Start, si así lo autorizo. Entiendo que la información incluida en la presente solicitud posiblemente se comparta con otros programas del Departamento de Servicios Humanos y la Oficina del Inspector General. Además, entiendo que es posible que se me penalice con una multa, prisión o la revocación del derecho a servicios de cuidado infantil subsidiado como consecuencia de declaraciones falsas o si no informo un cambio que es obligatorio informar. Entiendo que tales cambios se detallan en el formulario de Derechos y responsabilidades relacionados con el cuidado infantil subsidiado, que se encuentra en la página 8. Entiendo que, si recibo servicios de cuidado infantil cuyos requisitos no cumplía, se me requerirá que pague el costo de los servicios de cuidado infantil subsidiado recibidos durante ese periodo de incumplimiento.

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

CCIS USE ONLY • PARA USO EXCLUSIVO DE CCIS

PELICAN Record # _____

 Meets subsidy requirements effective: _____ Applicant notified in writing.

 Does not meet subsidy requirements effective: _____ Applicant notified in writing.

Reason for ineligibility: _____

CCIS Representative Signature: _____

Date: _____

Date and Time Stamp
Application received in CCIS office:

9

Derechos y responsabilidades: Tiene el derecho a ser tratado/a con respeto.

Un representante de la agencia de CCIS en persona revisará y analizará sus derechos y responsabilidades con usted de manera detallada.

Entiendo lo siguiente:

- La información que se incluye en el presente formulario tendrá carácter confidencial.
- Puedo seleccionar cualquier proveedor de cuidado infantil elegible para mis hijos/as. Un proveedor **elegible** cumple con los requerimientos del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado y se compromete a cumplir con las normas del Departamento de Servicios Humanos.
- Si mi proveedor no es elegible para participar del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado, es posible que deba elegir a otro.
- Si un cambio hace que mi familia pierda la ayuda para pagar por cuidado infantil, eso se me notificará por escrito; si no estoy de acuerdo con la decisión de la agencia de CCIS, puedo solicitar una audiencia.
- Debo proporcionar a la agencia de CCIS información fidedigna y completa, y las pruebas de información solicitadas.
- Debo comunicarme con la agencia de CCIS **en el plazo de diez días** desde la fecha de los siguientes eventos:
 - la pérdida permanente del empleo de un/a padre/madre o tutor/a en mi familia;
 - la superación del límite de ingresos (según el folleto que CCIS me entregó como referencia) por parte de los ingresos brutos mensuales de mi familia;
 - el inicio o el regreso al trabajo tras una licencia por maternidad, paternidad o adopción;
 - el inicio o el regreso al trabajo tras una licencia por discapacidad, o
 - la finalización de la necesidad de cuidado del/de la niño/a o de su convivencia conmigo.
- Es importante que me comunique con la agencia de CCIS de inmediato si se producen cambios en lo siguiente:
 - mi domicilio de residencia;
 - mi número telefónico;
 - quién cuida a mi hijo/a o hijos/as, o
 - la cantidad de días y horas que mi hijo/a o hijos/as necesitan cuidado.

Una vez que CCIS haya determinado que usted cumple con los requisitos para recibir servicios de cuidado infantil y corroborado la disponibilidad de fondos para inscribir a su hijo/a o hijos/as en tales servicios, debe saber lo siguiente:

1. **Usted debe pagarle al proveedor de servicios un copago semanal.** El copago debe pagarse al proveedor el primer día de la semana en que asista su hijo/a o hijos/as. El pago puntual del copago es importante. Si el pago del copago no se cancela en tiempo y forma, es posible que pierda la ayuda de la agencia de CCIS para pagar por el cuidado infantil.
2. A menos que su hijo/a esté enfermo/a, debe asistir al programa de cuidado infantil todos los días que se declaró a la agencia de CCIS que necesitaba cuidado infantil. Si necesita hacer cambios debido a su cronograma de trabajo, educación o capacitación, debe llamar a la agencia de CCIS. Es posible que pierda la ayuda de la agencia de CCIS para pagar por los costos de cuidado infantil si su hijo/a se ausenta por cinco días corridos por razones que no sean las siguientes: (1) enfermedad, lesiones o internación del/de la niño/a u otro familiar; (2) licencia por maternidad/paternidad; (3) visita de un padre o madre que no convive con el/la niño/a, o (4) tiempo de descanso en su empleo, educación o capacitación.
3. Si su hijo/a se ausenta por más de 25 días de inscripción entre el 1.º de julio y el 30 de junio, usted será responsable de pagarle al proveedor la tarifa diaria por cada día de ausencia a partir de la 26.ª inasistencia. **Usted debe pagar la tarifa diaria del proveedor además del copago semanal.** Por ejemplo, si el copago semanal es de 20 dólares estadounidenses y la tarifa diaria es de 20 dólares estadounidenses, la semana que incluya la 26.ª ausencia de su hijo/a deberá pagar 40 dólares estadounidenses.
4. La agencia de CCIS le pagará a un centro de cuidado infantil, un hogar familiar de cuidado infantil o un hogar grupal de cuidado infantil **por hasta 15 días cuando la institución que cuida a su hijo/a no esté abierta.** Durante esos 15 días en que su proveedor de cuidado infantil no esté abierto, la agencia de CCIS no podrá pagarle a un proveedor de cuidado infantil alternativo.
5. Si la agencia de CCIS le envía un Aviso de acción adversa, es posible que se haya producido un cambio en su cumplimiento de los requisitos para recibir cuidado infantil subsidiado. **Si no entiende el contenido del aviso por escrito, debe comunicarse con la agencia de CCIS de inmediato.** Si no está de acuerdo con la decisión informada, puede manifestarlo mediante una de las siguientes maneras: (1) complete la parte inferior del aviso o escriba una carta y envíela por correo o fax, o lleve la información a la agencia de CCIS, o (2) llame a la agencia de CCIS para analizar la razón por la que no está de acuerdo con la decisión y realice un seguimiento, es decir, detalle por escrito sus inquietudes en el plazo de siete días desde la fecha de su llamada telefónica a la agencia de CCIS. Si desea que durante este proceso la agencia de CCIS continúe ayudándole a pagar por el cuidado de su hijo/a, debe enviar por correo o fax, o llevar personalmente, la parte inferior del aviso o la carta que le escribió a la agencia de CCIS, o llamar a la agencia de CCIS en la fecha del Aviso de acción adversa o antes de ella.
6. Usted puede elegir otro proveedor en cualquier momento. Sin embargo, antes de que su hijo/a comience a recibir cuidados de un nuevo proveedor, usted debe informar a la agencia de CCIS y esta debe emitir una nueva autorización. La agencia de CCIS autorizará la transferencia y continuará ayudándole a pagar por el cuidado de su hijo/a tras la transferencia si los copagos de su familia se encuentran al día Y usted continúa cumpliendo con los requisitos para recibir la ayuda de la agencia de CCIS para el pago de servicios de cuidado infantil Y el nuevo proveedor elegido cumple con los requerimientos del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado. El nuevo proveedor también debe comprometerse a cumplir con las normas del Departamento de Servicios Humanos. **Si la agencia de CCIS no autoriza la transferencia, usted será responsable del pago del costo total de los servicios de cuidado infantil brindados por el nuevo proveedor.**

Fecha en que se analizó con el/la padre/madre o tutor/a: _____

Iniciales de/de la trabajador/a: _____

Mi firma a continuación confirma que se me explicaron mis derechos y responsabilidades, y que he recibido una copia para mis registros:

Firma del/de la padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

10

Acceso a otros servicios e información: Si responde a estas preguntas, podremos enviarle información sobre otros servicios que podría necesitar.

- Sí No 1. ¿Necesita ayuda para encontrar un programa de cuidado infantil de calidad que satisfaga las necesidades de su hijo/a y familia? La agencia de CCIS puede ayudarle a ubicar un programa de cuidado infantil de calidad.
- Sí No 2. ¿Desea recibir información sobre el programa Pre-K Counts? Si tiene un/a hijo/a de 3 o 4 años, es posible que cumpla con los requisitos para el programa Pre-K Counts. Para recibir ayuda según el programa Pre-K Counts, no es necesario que tenga empleo.
- Sí No 3. ¿Desea recibir información sobre los programas Early Head Start o Head Start? Si está embarazada o tiene un/a hijo/a de hasta 3 años, es posible que cumpla los requisitos para el programa Early Head Start. Si tiene un/a hijo/a de entre 3 y 5 años, es posible que cumpla los requisitos para el programa Head Start. Para recibir ayuda según los programas Head Start o Early Head Start, no es necesario que tenga empleo.
- Sí No 4. ¿Su hijo/a o hijos/as necesita/n seguro médico? El Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) de Pensilvania brinda seguro médico a niños/as y adolescentes que no cumplen los requisitos de inscripción para asistencia médica.
- Sí No 5. ¿Desea recibir información sobre el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and children, WIC) de Pensilvania? Si está embarazada, amamanta, no amamanta o tiene un/a hijo/a de menos de cinco años, incluso adoptivo/a, es posible que cumpla los requisitos para recibir ayuda nutricional del programa WIC.
- Sí No 6. ¿Necesita atención oftalmológica u odontológica?
- Sí No 7. ¿Necesita seguro médico?
- Sí No 8. ¿Desea recibir información sobre los Programas de Visitas Domiciliarias de Pensilvania? Los Programas de Visitas Domiciliarias ofrecen recursos y habilidades para ayudar a criar a niños/as saludables en lo físico, social y emocional, que están listos/as para aprender. Si está embarazada o va a ser padre, es padre/madre, es tutor/a de niños/as o miembro de una familia que podría considerarse en riesgo, es posible que cumpla con los requisitos para estos programas.
- Sí No 9. ¿Desea recibir información sobre las etapas de desarrollo del niño?
- Sí No 10. ¿Le preocupa el desarrollo de su hijo/a?
- Sí No 11. ¿Desea recibir información sobre cuidado infantil de alta calidad y Keystone STARS?
- Sí No 12. ¿Necesita ayuda monetaria para comprar alimentos? (Por sus siglas en inglés, SNAP).
- Sí No 13. ¿Desea recibir información sobre comidas escolares de costo reducido y gratuitas?
- Sí No 14. ¿Necesita ayuda para pagar por la calefacción, la electricidad o el gas? El Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) ayuda a las familias de bajos ingresos a pagar sus facturas de calefacción. Si cumple con los requisitos, los pagos se hacen directamente a la empresa que brinda el servicio.
- Sí No 15. ¿Necesita información sobre ayuda para la vivienda o el alquiler?
- Sí No 16. ¿Desea tomar clases para aprender inglés como segundo idioma (por sus siglas en inglés, ESL)?
- Sí No 17. ¿Desea inscribirse en un programa para obtener un título equivalente al de educación secundaria (por sus siglas en inglés, GED)?
- Sí No 18. ¿Desea inscribirse en un programa de capacitación laboral?
- Sí No 19. ¿Desea recibir información sobre el Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (Earned Income Tax Credit, EITC)? Si trabaja y sus ingresos son bajos o modestos, es posible que cumpla con los requisitos del EITC. Si cumple con los requisitos, es posible que pague menos impuestos federales, que no pague impuestos o que se le haga un reembolso.

Continúa del punto n.º 2 en la página 3: Use esta página para añadir a otros niños/as que conviven con usted.

NOMBRE, APELLIDO, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	SEXO (M/F)	SSN (OPCIONAL)	¿CUÁL ES SU PARENTESCO CON ESTA PERSONA?	¿ESTA PERSONA ES FAMILIAR DEL SEGUNDO ADULTO?	ETNIA (MARQUE SOLO UNA)
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra						
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra						
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra						
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra						
Niño/a						<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra						

Continúa del punto n.º 3 en la página 3:

Detalle el nombre del/de la niño/a que necesita el servicio:	¿El/la niño/a es ciudadano/a estadounidense o se encuentra en Estados Unidos de manera legal?	Marque los días en que el/la niño/a necesita servicios de cuidado infantil. CCIS analizará el cronograma de cuidado infantil para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.
6.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
7.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo
10.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo

? ¿Respondió todas las preguntas?

? ¿Firmó y fechó la declaración jurada que se encuentra en la página 7?

Recuerde: Puede enviar esta solicitud a la agencia de CCIS por correo o fax, o entregarla personalmente.

DELAWARE COUNTY CCIS
Child Care Information Services
20 S. South 69th St. Fourth Floor
Upper Darby, PA 19082
610-713-2115
610-713-2233 (Fax)



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES