

# SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA CUIDADO INFANTIL

NUEVA  
 RECERTIFICACIÓN

Solicitante: Escriba EN LETRA DE IMPRENTA (si lo completa en línea) con tinta azul o negra

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA</b>	Nombre del caso:	Número del caso:	Registro N°:	Oficina:	Unidad N°:	Trabajador N°:	Solicitud Fecha:
---	------------------	------------------	--------------	----------	------------	----------------	------------------

<b>Sección 1 Solicitante</b>	Apellido (incluya cualquier alias o nombre de soltera entre paréntesis):			Nombre:			Inicial del segundo nombre:
	Dirección de residencia:			Apt. N°:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Dirección Postal (si es diferente a la anterior):			Apt. N°:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Número de teléfono laboral (con código de área):		Número de teléfono particular (con código de área):		Número de celular/otro teléfono (con código de área):		
	¿Cuál es tu estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado				¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especifique:		

**Complete la siguiente información para todos los integrantes de su hogar. Comience con usted y siga con cada una de las personas que vive con usted. Para miembros de su familia adicionales, adjunte una hoja separada. Incluya información sobre cualquier cónyuge/otro padre/madre de los niños que solicitan cuidado infantil que viva en la casa.**

<b>Sección 2 Familia y Otros miembros del hogar</b>	APELLIDO (incluya nombres de soltera o alias entre paréntesis)	NOMBRE	Inicial del segundo nombre	Relación	¿Esta persona necesita cuidado infantil? Sí(S) / No(N)	¿Ambos padres del niño residen en el hogar? Sí(S) / No(N)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Sexo M/F	Hispano o latino Sí(S)/ No(N)	Raza (Consulte el código abajo)	Número de Seguro Social (Opcional)
	1.			PROPIO	No corresponde	No corresponde					
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										
	9.										
10.											

Código de raza: **I** - Nativo americano o nativo de Alaska, **A** - Asiático, **N** - Afroamericano/negro, **P** - Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico, **B** - Caucásico/blanco

¿Está embarazada?  Sí  No En caso afirmativo, indique la fecha probable de parto:

Enumere a continuación los nombres de todas las personas menores de 21 años que viven con usted cuyo padre no vive en su hogar y provea la información solicitada.

Sección 3 Padre/madre ausente(s)	Nombre de la persona menor de 21 años	Nombre y dirección del padre/madre ausente	¿El padre/madre ausente puede brindar cuidado infantil? En caso negativo, ¿por qué?

Sección 4 Niño/Familia Necesidades	¿Está solicitando cuidado infantil, principalmente, para poder trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, ¿por qué necesita el cuidado infantil?	¿El niño para el que está solicitando los servicios de cuidado infantil tiene algún problema de salud que requiere ayuda o atención especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique:

Sección 5 Empleo	Nombre del empleador del solicitante:	Horas por semana:	Número de tel.:
	Domicilio del Empleador:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
	Nombre del empleador del Cónyuge/Otro padre:	Horas por semana:	Número de tel.:
	Domicilio del Empleador:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

Complete la información de ingresos sobre usted mismo Y sobre las personas que presentan la solicitud con usted. (Esto incluye a los niños que necesitan atención, sus padres, padrastros y cualquier otro niño menor de 21 años en su hogar). Lea las instrucciones para conocer los requisitos de documentación.

Sección 6 Ingresos - Responda todas las preguntas	Indique si usted o alguna de las personas que presentan la solicitud con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	¿Quién lo recibe?	¿Cuál es el Importe bruto?	Periodo (semanal, cada dos semanas, mensual, etc.)
		Empleo/Trabajo por cuenta propia, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas y otros conceptos incluidos en la <b>sección 5</b>				
	Pagos de manutención infantil (recibidos)					
	Pagos de pensión alimenticia (recibidos)					
	Beneficios del Seguro de Desempleo					
	Beneficios de Hawái (incluido SSI)					
	Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)					
	Ingresos de Alquiler/Pensionistas/Inquilinos (recibidos)					
	Otro, especifique:					

## LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR CERTIFICANDO SU ACEPTACIÓN

**SANCIONES:** Su solicitud puede ser investigada. Al firmar el presente acuerdo, usted acepta cooperar con dicha investigación. **Las leyes federales y estatales prevén penas en forma de multa, prisión o ambas** si no dice la verdad al solicitar Servicios de Cuidado Infantil o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o su elegibilidad continua. Las sanciones también se aplican si oculta o no manifiesta hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para los Servicios de Cuidado Infantil; o si oculta o no manifiesta hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o continuación de los Servicios de Cuidado Infantil; y tales Servicios de Cuidado Infantil deben utilizarse por la otra persona y no para usted mismo. Es ilegal obtener Servicios de Cuidado Infantil por ocultar información o proporcionar información falsa.

**CAMBIOS:** Acuerdo informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, bienes, organización o dirección de la vivienda, a mi leal saber y entender. Acuerdo informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en la organización del cuidado infantil, incluidos el lugar donde se presta dicho servicio, la persona que lo presta, la tarifa del proveedor y los días/horarios en los que se necesita el cuidado infantil. Acuerdo informar inmediatamente a la agencia sobre cualquier otro cambio que pueda afectar mi elegibilidad continua o el monto de mi beneficio.

**CONSENTIMIENTO:** Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, **acepto cualquier investigación que realice el Departamento de Servicios Sociales** a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación que realice en relación con mi solicitud de Servicios de Cuidado Infantil. **Si se solicita información adicional, la proporcionaré.**

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN:** La presente solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, discapacidad, religión, credo, nacionalidad o creencias políticas.

**CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA/ESTATUS DE EXTRANJERO PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL:**

**Juro y afirmo, bajo pena de falso testimonio, que todos los niños (enumerados a continuación) que solicitan Servicios de Cuidado Infantil, (enumere los nombres de todos los niños que necesitan servicios de cuidado infantil)**

**son ciudadanos o nacionalizados de Estados Unidos o personas con situación migratoria satisfactoria.** Entiendo que la información sobre mi hogar puede ser presentada ante el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés) para la verificación del estatus migratorio, si corresponde. También entiendo que el uso o la divulgación de información sobre los miembros del hogar, incluyéndome a mí, que solicitamos o recibimos Servicios de Cuidado Infantil se limita a las personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación del estatus migratorio y la administración o la ejecución de las disposiciones del programa de Servicios de Cuidado Infantil.

**CERTIFICACIÓN:** Juro y/o afirmo, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es correcta.

Solicitante Firma:	Fecha de la firma:	Segundo solicitante, si corresponde Firma:	Fecha de la firma:
Nombre en letra de imprenta:		Nombre en letra de imprenta:	

Si una persona que no es el solicitante ha preparado esta solicitud, firme aquí.

FIRMA DEL REPRESENTANTE:

Fecha de la firma:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

**La siguiente área es para uso exclusivo de la agencia:**

Nombre del caso	Caso N. °	Registro N. °	Versión N. °	Indicador de reuso <input type="checkbox"/>	Distrito: <b>A47</b> Tipo de caso: <b>40</b>	Tipo de Trans: <input type="checkbox"/> Nuevo Abrir <input type="checkbox"/> Reabrir <input type="checkbox"/> Recert.
					Disposición: <input type="checkbox"/> Rechazada Código del motivo: <input type="checkbox"/> W/D	
Elegibilidad determinada por:		Fecha:	Elegibilidad aprobada por:			Fecha:
Línea 1 CIN N. °	Línea 6 CIN N. °			Comentarios:		
Línea 2 CIN N. °	Línea 7 CIN N. °					
Línea 3 CIN N. °	Línea 8 CIN N. °					
Línea 4 CIN N. °	Línea 9 CIN N. °					
Línea 5 CIN N. °	Línea 10 CIN N. °					