

ESTADO DE PENNSYLVANIA

Solicitud de cuidado infantil subsidiado

Esta solicitud es para familias que deseen obtener un subsidio para ayudarle a pagar el cuidado de sus hijos.

Child Care
WORKS



pennsylvania

DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

www.dpw.state.pa.us

La agencia de Servicios de Información sobre el Cuidado Infantil (Child Care Information Services, CCIS) ofrece a los padres recursos y remisiones para ponerlos en contacto con servicios de cuidado infantil en su comunidad. CCIS también les informa a los padres si reúnen los requisitos para obtener asistencia económica para ayudar a pagar el cuidado infantil. Para localizar una agencia CCIS cercana a su hogar, llame al 1-877-PA-KIDS (1-877-472-5437) o llame a la siguiente agencia CCIS de su localidad:

AGENCIA DE CCIS:

Indicaciones para completar la solicitud de cuidado infantil subsidiado

La información que usted proporcione en esta solicitud es confidencial.

1. Llene el formulario. Escriba con letra de imprenta. Tiene que devolver las páginas 2 a 8 a la agencia CCIS. Las familias que constan de dos padres/personas a cargo del menor deben devolver las páginas 2 a 10 a la agencia CCIS (p. ej. las páginas 7 y 8 se refieren al padre, madre o cuidador principal y las páginas 9 y 10 son para el cónyuge del padre, madre o cuidador principal). También tiene que **firmar y fechar esta solicitud**.
2. Lleve esta solicitud, o envíela por correo o por fax a la agencia local de CCIS. Llame al 1-877-PA-KIDS (1-877-472-5437) si no sabe a dónde enviar esta solicitud o si necesita ayuda para llenarla. Si tiene problemas de audición, puede usar su servicio TTY para llamar al 1-877-PA-KIDS (1-877-472-5437).

MUY IMPORTANTE:

Familias con el padre y la madre: Los dos padres deben estar trabajando, sin embargo, si el segundo no trabaja a causa de una discapacidad y le resulta imposible cuidar a sus hijos, él o ella deberá pedirle al médico que complete un formulario de evaluación médica (Medical Assessment). Si necesita una copia de ese formulario, llame a CCIS.

Padres de acogida (foster parents): Si está solicitando en nombre de un niño de acogida, adjunte una carta de la agencia de servicios infantiles y juveniles del condado en la que se indique que el niño sí puede recibir cuidado infantil de otra persona.

Anote las personas con las que vive.
NOTA: Anote los nombres de sus hijos biológicos o adoptados y cualquier otro menor que tiene a su cargo.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Sexo M/F	Número de Seguro Social*	¿Qué parentesco tiene con esta persona?	Estado civil	¿Necesita este niño cuidado infantil? S/N	¿Qué días necesita cuidado infantil este niño? Marque las casillas abajo
Usted						Soy yo			
Cónyuge/padre del niño que necesita cuidado infantil									
Menor									<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S
Menor									<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S
Menor									<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S
Menor									<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S

*No es obligatorio proporcionar su número de Seguro Social. Si lo proporciona, solamente será utilizado para identificar su caso.

Preguntas frecuentes

P. ¿Qué necesito hacer para recibir un subsidio de cuidado infantil para mis niños?

R. Estos son **algunos** de los requisitos para obtener un subsidio de cuidado infantil: (1) Su familia debe tener niños menores de 13 años de edad. Hay algunas excepciones en el caso de los niños con discapacidades; (2) Su familia tiene que satisfacer las reglas de ingresos para el subsidio. Llame a la CCIS para que le proporcionen los límites específicos; (3) Usted y su cónyuge/el padre (si vive con ustedes) del niño que necesita cuidado infantil trabajan por lo menos 20 horas a la semana **o** trabaja por lo menos 10 horas a la semana y también está participando en un programa de capacitación aprobado por lo menos 10 horas a la semana; y (4) Su familia debe pagar una parte del costo del cuidado infantil (copago).

P. ¿Cómo puedo saber si mi familia reúne los requisitos para el programa de cuidado infantil subsidiado?

R. Complete una solicitud; luego, llévela en persona o envíela por fax o por correo a la agencia local de CCIS. También será necesario que le hagan una entrevista en persona en la agencia CCIS. Aproximadamente un mes después de que CCIS reciba su solicitud, firmada y con fecha, usted recibirá una carta en la que se le informará si reúne los requisitos para recibir ayuda.

P. ¿Quién decide qué lugar o persona puedo contratar para cuidar a mi hijo?

R. Usted decide. Usted elige quién va a cuidar a su hijo. Puede ser una guardería, alguien que tiene un negocio de cuidar niños en su casa o incluso alguna parienta o vecina que cumple con los requisitos de participación del Departamento de Bienestar Público. Usted debe elegir a quien mejor satisfaga las necesidades de su hijo. La agencia CCIS puede ayudarle a encontrar un proveedor.

Sus datos personales

Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección electrónica (si corresponde)
Teléfono domicilio: () _____		Teléfono celular (si corresponde): () _____		Teléfono trabajo: () _____
¿A dónde debemos llamarle si tenemos preguntas? Encierre una. CASA / TRABAJO / CELULAR La mejor hora para llamar es: _____ AM / PM				

Nombre y teléfono del proveedor de cuidado infantil para su niño	Distrito escolar y grado del niño*	¿Vive legalmente en Estados Unidos el niño?		Raza (marque todas las que correspondan)			Origen étnico (marque una)
		Sí	No	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> No hispano
				<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> No hispano
				<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> No hispano
				<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> No hispano
				<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> No hispano

*NOTA: Si usted es madre o padre adolescente, tiene que proporcionar su distrito y grado escolar.

Preferencia de idioma

¿Qué idioma habla principalmente? _____ ¿Qué idioma lee principalmente? _____

Beneficios anteriores

¿Usted o su cónyuge ha recibido asistencia en efectivo de TANF en los últimos 183 días? Sí No Si la respuesta es sí, ¿dónde? Pennsylvania Otro estado _____

¿Actualmente recibe cupones de alimentos? Sí No ¿Actualmente recibe asistencia para la vivienda? Sí No

Certificado de vacunación

Yo certifico que mi(s) niño(s): _____

Niño(s) que tiene(n) las vacunas apropiadas para su edad

ha(n) recibido las vacunas apropiadas para su edad

Yo certifico que mi(s) niño(s): _____

Niño(s) que NO tiene(n) las vacunas apropiadas para su edad

no ha(n) recibido las vacunas apropiadas para su edad por: Motivos religiosos Una condición médica del niño

Firma del padre o tutor

Fecha

Educación

Está actualmente inscrito/a en una escuela primaria, secundaria o preparatoria (elementary, middle, junior high, senior high school) o en un programa GED? Sí No

Si respondió "Sí", ¿necesita cuidado infantil mientras asiste a su programa educacional? Sí No

Si respondió "Sí" a AMBAS preguntas, o si es menor de 18 años de edad, TIENE que adjuntar comprobante de los días y las horas que asiste a la escuela. Como comprobante puede proporcionar una copia del horario escolar, una carta de la escuela que indique las horas y los días que asiste a la escuela o un formulario de verificación. Si necesita una copia del formulario de verificación de estudios, llame a CCIS.

Capacitación

¿Asiste actualmente a un programa de capacitación? Sí No Si respondió "Sí", ¿necesita cuidado infantil mientras asiste a su programa de capacitación? Sí No

Si respondió "Sí" a AMBAS preguntas, TIENE que adjuntar comprobante de los días y las horas que asiste al programa de capacitación. Como comprobante puede proporcionar una copia del horario de capacitación, una carta del representante de capacitación que indique las horas y los días que asiste a la escuela o un formulario de verificación de capacitación. Si necesita una copia del formulario de verificación de capacitación, llame a CCIS.

Empleo y trabajo por su cuenta

	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador	¿Esta persona trabaja por cuenta propia?	Fecha en que presentó la última declaración de impuestos de empresas (Anexo C) si es trabajador independiente
Usted			()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cónyuge/padre del niño que necesita cuidado infantil, si vive en la casa			()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

TIENE que adjuntar el comprobante de las horas y los días que trabaja. Como comprobante puede proporcionar una copia del horario de trabajo, una carta del empleador que indique las horas y los días que trabaja o un formulario de verificación. Las copias del formulario de verificación de empleo se encuentran en las páginas 7 a 10 para su comodidad.

Ingresos y gastos

¿ALGUNA PERSONA DE SU HOGAR TIENE INGRESOS? Sí No Si la respuesta es "Sí", anote los ingresos recibidos este mes o que espera recibir en este mes.

Los tipos de ingresos incluyen, pero no se limitan a:

- Sueldo
- SSI
- Alquiler
- Intereses
- Alojamiento y comida
- Seguro Social
- Trabajo por su cuenta
- Pensiones
- Dinero para la universidad o capacitación
- Compensación laboral o por desempleo
- Comisiones
- Otro
- Manutención de los hijos
- Pagos de un sindicato
- Dividendos
- Dinero recibido por cuidar niños
- Pensión alimenticia/manutención del cónyuge

Persona con ingresos	Tipo / fuente del ingreso	¿Con qué frecuencia lo recibe?	¿Cuánto?	Fecha en que lo recibió

ADJUNTE COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS que su familia haya recibido durante los últimos 30 días. Los comprobantes pueden ser talonarios de cheque, cartas de concesiones o carta de su empleador que incluya la frecuencia de pago y cuánto gana por periodo de pago. Si es trabajador independiente, adjunte una copia de su última declaración de impuestos con anexos e incluya los recibos.

¿En los últimos 90 días tuvo algún gasto médico que su seguro no cubrió y que continuará durante los próximos 6 meses? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, adjunte comprobantes de los gastos médicos. Los comprobantes pueden ser cuentas del médico, del hospital, del dentista, primas de seguro, cuentas de dispositivos prostéticos, recibos de farmacia o recibos de equipo médico duradero.

¿Usted o su cónyuge actual/padre (que vive con ustedes) del niño que necesita cuidado infantil paga pensión alimenticia o manutención infantil? Sí No Si la respuesta es sí, complete la sección siguiente y adjunte comprobante de pago de la pensión alimenticia o manutención que está obligado a pagar.

Nombre de la persona a quien le paga la pensión alimenticia o manutención (apellido, nombre, inicial)	Parentesco con usted	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga?
		\$	
		\$	

Declaración jurada

Declaro que leí o que alguien me leyó esta solicitud en su totalidad y que recibí una copia impresa del formulario de derechos y obligaciones que se encuentra en la página 11. Toda la información que proporcioné es fiel, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que la información que esta solicitud contiene podría ser compartida con otros programas del Departamento de Bienestar Público y con la Oficina del Inspector General. Además, entiendo que me pueden sancionar por multa o encarcelamiento o inelegibilidad para el subsidio de cuidado infantil por hacer declaraciones falsas o por no reportar alguno de los cambios que debo reportar. Entiendo que los cambios que tengo que reportar se describen en el formulario de derechos y obligaciones de la página 11. Entiendo que si recibo cuidado infantil para el cual no calificaba, tendré que reembolsar el costo del cuidado infantil que recibí durante el periodo de tiempo en que no calificaba.

X _____
Firma del padre/madre/tutor Fecha

X _____
Firma del padre/madre/tutor, requerida durante la entrevista en persona Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO (para CCIS solamente)

CCMIS Record #: _____

DATE/TIME STAMP

Application received by CCIS on:	All required verification received by CCIS on:

Does this case involve special circumstances? Yes No

Applicant is ELIGIBLE effective _____

Applicant is INELIGIBLE. Reason for Ineligibility: _____

X _____
Signature of CCIS Representative Date

NOMBRE DEL EMPLEADO:	LUGAR DE EMPLEO:	TELÉFONO DEL EMPLEADOR: ()
----------------------	------------------	-----------------------------

Yo autorizo la revelación de esta información y doy permiso para que la agencia de Child Care Information Services (CCIS) verifique toda la información que este formulario contiene.

X _____
 Firma(s) del empleado _____ Fecha _____

EL EMPLEADOR TIENE QUE COMPLETAR LAS SIGUIENTES SECCIONES.

¿EL EMPLEADO INDICADO ARRIBA ES EMPLEADO NUEVO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE CONTRATACIÓN DEL EMPLEADO:
---	-------------------------------------

CARGO:

INGRESO DEL EMPLEADO

TARIFA/HORA: \$	PROMEDIO DIARIO DE PROPINAS: \$	PAGA BRUTA: \$	PRÓXIMA FECHA DE PAGO:	FRECUENCIA DE PAGO: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas (26 veces al año) <input type="checkbox"/> Quincenal (24 veces al año) <input type="checkbox"/> Mensual
--------------------	------------------------------------	-------------------	------------------------	---

¿EL EMPLEADO RECIBE TALONARIOS DE CHEQUE? Sí No

HORARIO DE TRABAJO (indique los días y las horas que el empleado trabaja e indique si el turno es matutino o vespertino.)

NOTA: Si el horario varía, proporcione un horario de muestra de 4 semanas.

SEMANA UNO	FECHAS: de _____ a _____	SEMANA DOS	FECHAS: de _____ a _____	SEMANA TRES	FECHAS: de _____ a _____	SEMANA CUATRO	FECHAS: de _____ a _____
Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____	

LICENCIA (PERMISO DE AUSENTARSE) PROLONGADA

¿El empleado actualmente se está ausentando por licencia prolongada (maternidad, discapacidad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué fecha comenzó la licencia prolongada?: _____
El empleado regresó de una licencia prolongada (maternidad, discapacidad, etc.) el.: _____	

EMPLEO TEMPORAL/ESTACIONAL

¿El empleado fue contratado temporalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, ¿cuál es el último día de trabajo garantizado?
Si el empleado es de temporada, proporcione: El último día que trabajó antes del descanso: _____ Día en que regresará después del descanso: _____	

Entiendo que la información que estoy proporcionando se usará para determinar si el empleado nombrado arriba califica para recibir cuidado infantil subsidiado.

X _____
 Firma(s) del empleador _____ Fecha _____

DETACH AND GIVE TO YOUR EMPLOYER.

Formulario de verificación de empleo

Estimado empleador:

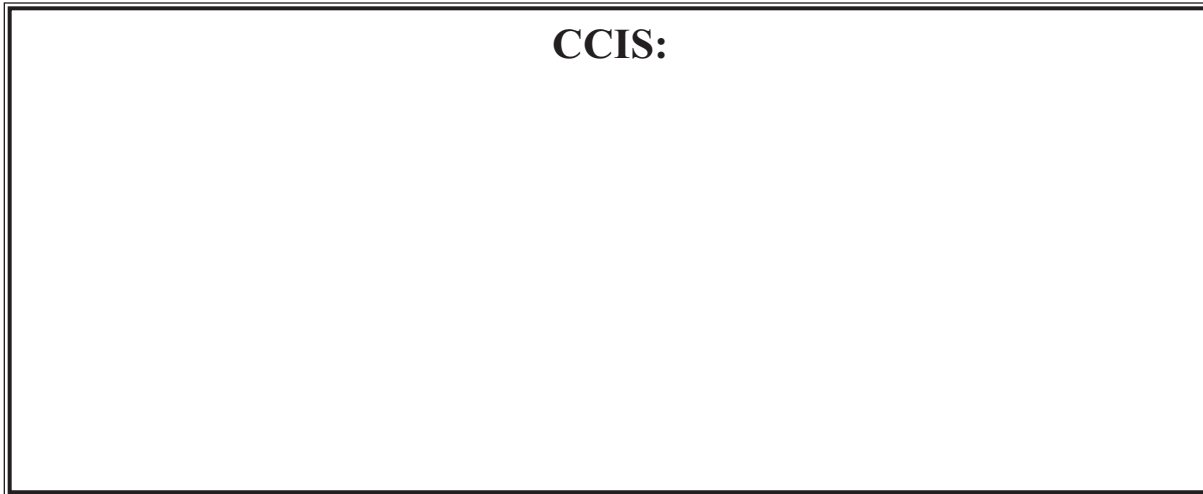
Uno de sus empleados ha solicitado asistencia con el pago de sus gastos de cuidado infantil. Necesitamos que usted verifique su empleo. Esta información nos ayudará a determinar si el empleado califica para el programa de cuidado infantil subsidiado. Puede devolverle el formulario al empleado o enviarlo directamente a la agencia de Child Care Information Services (CCIS).

Un REPRESENTANTE autorizado de la COMPAÑÍA (no el empleado) tiene que completar este formulario.

Necesitamos que proporcione información precisa sobre el horario de trabajo del empleado. Por favor complete la información al reverso de esta página. Es muy importante que indique las horas específicas y que indique si es de la mañana o de la tarde (por ejemplo, 7:30 a.m. a 3:30 p.m.) Si el horario del empleado varía, proporcione un horario de muestra de 4 semanas. **No es necesario que proporcione un horario de muestra de cuatro semanas a menos que el horario del empleado varíe cada semana.**

Gracias por su tiempo y asistencia. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la agencia de CCIS indicada abajo.

CCIS:



NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ LUGAR DE EMPLEO: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: () _____

Yo autorizo la revelación de esta información y doy permiso para que la agencia de Child Care Information Services (CCIS) verifique toda la información que este formulario contiene.

X _____ Firma(s) del empleado _____ Fecha _____

EL EMPLEADOR TIENE QUE COMPLETAR LAS SIGUIENTES SECCIONES.

¿EL EMPLEADO INDICADO ARRIBA ES EMPLEADO NUEVO? Sí No FECHA DE CONTRATACIÓN DEL EMPLEADO: _____

CARGO: _____

INGRESO DEL EMPLEADO

TARIFA/HORA: \$ _____ PROMEDIO DIARIO DE PROPINAS: \$ _____ PAGA BRUTA: \$ _____ PRÓXIMA FECHA DE PAGO: _____ FRECUENCIA DE PAGO: Semanal Cada dos semanas (26 veces al año) Quincenal (24 veces al año) Mensual

¿EL EMPLEADO RECIBE TALONARIOS DE CHEQUE? Sí No

HORARIO DE TRABAJO (indique los días y las horas que el empleado trabaja e indique si el turno es matutino o vespertino.)

NOTA: Si el horario varía, proporcione un horario de muestra de 4 semanas.

SEMANA UNO	Fechas: de _____ a _____	SEMANA DOS	Fechas: de _____ a _____	SEMANA TRES	Fechas: de _____ a _____	SEMANA QUATRO	Fechas: de _____ a _____
Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Lun. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mar. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Mié. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Jue. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Vie. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Sáb. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.		Dom. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	
TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____		TOTAL DE HORAS/SEMANA: _____	

LICENCIA (PERMISO DE AUSENTARSE) PROLONGADA

¿El empleado actualmente se está ausentando por licencia prolongada (maternidad, discapacidad)? Sí No
El empleado regresó de una licencia prolongada (maternidad, discapacidad, etc.) el.: _____ ¿En qué fecha comenzó la licencia prolongada?: _____

EMPLEO TEMPORAL/ESTACIONAL

¿El empleado fue contratado temporalmente? Sí No Si es afirmativo, ¿cuál es el último día de trabajo garantizado? _____
Si el empleado es de temporada, proporcione: El último día que trabajó antes del descanso: _____ Día en que regresará después del descanso: _____

Entiendo que la información que estoy proporcionando se usará para determinar si el empleado nombrado arriba califica para recibir cuidado infantil subsidiado.

X _____ Firma(s) del empleador _____ Fecha _____

DETACH AND GIVE TO YOUR EMPLOYER.

Formulario de verificación de empleo

Estimado empleador:

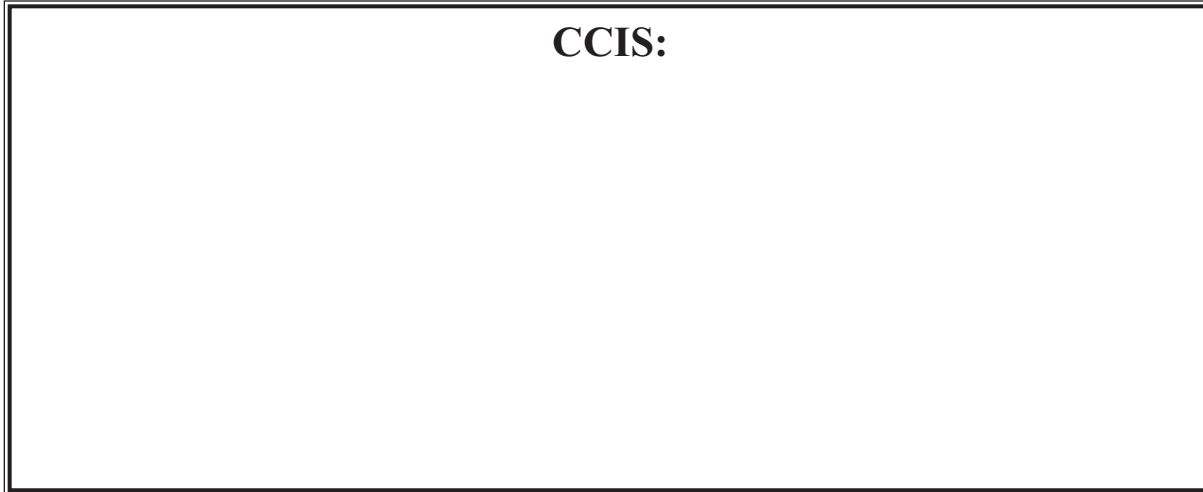
Uno de sus empleados ha solicitado asistencia con el pago de sus gastos de cuidado infantil. Necesitamos que usted verifique su empleo. Esta información nos ayudará a determinar si el empleado califica para el programa de cuidado infantil subsidiado. Puede devolverle el formulario al empleado o enviarlo directamente a la agencia de Child Care Information Services (CCIS).

Un REPRESENTANTE autorizado de la COMPAÑÍA (no el empleado) tiene que completar este formulario.

Necesitamos que proporcione información precisa sobre el horario de trabajo del empleado. Por favor complete la información al reverso de esta página. Es muy importante que indique las horas específicas y que indique si es de la mañana o de la tarde (por ejemplo, 7:30 a.m. a 3:30 p.m.) Si el horario del empleado varía, proporcione un horario de muestra de 4 semanas. **No es necesario que proporcione un horario de muestra de cuatro semanas a menos que el horario del empleado varíe cada semana.**

Gracias por su tiempo y asistencia. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la agencia de CCIS indicada abajo.

CCIS:





Entiendo que:

1. La información de este formulario se conservará en calidad confidencial.
2. Yo puedo escoger cualquier guardería o persona **calificada** para cuidar a mis hijos. Una persona o guardería calificada es aquella que reúne los requisitos del programa de cuidado infantil subsidiado y se compromete a observar las reglas del Departamento de Bienestar Público.
3. Entiendo que si la persona o lugar que seleccioné para cuidar a mi hijo no califica para participar en el programa de cuidado infantil subsidiado, es posible que yo tenga que elegir a otra persona o lugar.
4. Me informarán por escrito cuando algún cambio cause que mi familia pierda la ayuda para pagar el cuidado infantil y yo puedo pedir una audiencia si no estoy de acuerdo con una decisión de CCIS.
5. Yo debo proporcionarle a la agencia CCIS información verídica y completa y comprobantes de la información que soliciten.
6. Yo debo reportar lo siguiente a la agencia CCIS **en un plazo de diez día de que ocurra el cambio:**
 - Pérdida de trabajo, incluso por despido o huelga
 - Disminución en la cantidad de horas de trabajo, educación o capacitación por debajo de un promedio de 20 horas por semana
 - Estado civil
 - Cantidad de personas que viven en la misma casa que el/los niño(s)
 - Número de teléfono
 - Domicilio
 - Cantidad de días u horas que mi hijo necesita cuidado
 - Estado de licencia por maternidad
 - La persona o lugar que cuida a mi(s) hijo(s)
 - Clasificación de discapacitado
7. Yo **debo** rembolsar el subsidio de cuidado infantil que haya recibido durante un periodo en que no calificaba.

Después de que el CCIS haya determinado que califica para cuidado infantil y se disponga de fondos para inscribir a su(s) hijo(s), debe saber lo siguiente:

1. Cada semana debe contribuir con parte del pago a la persona o lugar que cuida a su hijo. Debe hacer ese pago (copago) a la persona o lugar que cuida a su hijo el primer día de la semana que su(s) hijo(s) acuda(n). Es importante que pague su copago a tiempo pues de lo contrario podría perder la subvención de la agencia CCIS para pagar el cuidado infantil.
 2. A menos que su hijo esté enfermo, él o ella deberá asistir al programa de cuidado infantil todos los días que usted le haya dicho a CCIS que el niño necesita cuidado infantil. Si necesita hacer algún cambio debido a su horario de trabajo, educación o capacitación, deberá llamar a CCIS. Podría perder la ayuda de la agencia CCIS para el pago de la guardería si su hijo se ausenta diez días seguidos por un motivo que no sea:
 - Enfermedad, lesión u hospitalización del niño o de otro miembro de la familia
 - Un intervalo de descanso en el trabajo, la educación a capacitación de los padres
 - Licencia familiar/maternal
 - Visita con padre o madre que no vive con el niño
 3. El CCIS pagará la guardería, cuidado en un hogar o cuidado con un familiar hasta 15 días cuando el centro no esté abierto para cuidar a su hijo. **El CCIS no puede pagarle a un proveedor alternativo durante esos 15 días en que su proveedor no esté abierto para cuidar a su hijo.**
 4. Si CCIS le envía un Aviso de Acción Adversa, significa que podría haber un cambio en sus requisitos para recibir cuidado infantil subsidiado. Si no entiende lo que dice ese aviso, convendría que se comunique con la agencia CCIS inmediatamente. Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por la agencia CCIS, usted puede pedir una audiencia para evaluar la decisión. Usted debe informarle al CCIS de que no está de acuerdo con la decisión. Eso lo puede hacer de las siguientes maneras:
 - Complete la parte inferior de su aviso o escriba una carta y luego envíe la información por correo, fax o entréguela directamente en el CCIS.
 - Llame al CCIS para hablar sobre el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión y haga seguimiento en una carta antes de que transcurran 7 días de su llamada telefónica al CCIS.
- Si quiere que el CCIS continúe ayudándole a pagar su guardería durante este proceso, deberá enviar por correo, fax o entregar directamente la parte inferior de su aviso o la carta que le escribió al CCIS o deberá llamar al CCIS antes de la fecha indicada en el Aviso de Acción Adversa.
5. Usted puede elegir a otra persona/lugar para que cuide a su(s) hijo(s) cuando lo desee. Sin embargo, deberá informar a la agencia CCIS antes de que su hijo comience con la otra persona. La agencia CCIS autorizará el traslado y continuará ayudándole a pagar el cuidado infantil después del traslado, siempre y cuando: los copagos de su familia estén al corriente Y usted continúe reuniendo los requisitos dispuestos por la agencia CCIS para cuidado infantil subsidiado Y la nueva persona o lugar que usted eligió reúne los requisitos del programa de cuidado infantil subsidiado. La nueva persona o lugar también deberá estar de acuerdo en observar las reglas del Departamento de Bienestar Público. **Si CCIS no autoriza el traslado, usted tendrá la obligación de pagar el costo total del cuidado infantil a la nueva persona/lugar.**

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.

如果您需要幫助支付您的幼兒護理費用，您必須填寫這份申請表。這份表格是用來申請幼兒護理補助津貼的。如果您需要有人幫助您理解或填寫這份表格，請您與當地社會福利部門聯繫。

បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃមើលកូន លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ។ នេះគឺជាក្រដាសដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយថ្លៃមើលកូន។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីអាននិង/ឬបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមទាក់ទងអង្គការ CCIS ដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។

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 săn 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 săn sóc trẻ em.

Nếu quý vị cần trợ giúp để đọc / hay điền đơn này, xin liên hệ cơ quan CCIS nơi qui vị cư ngụ.

Si necesita ayuda para pagar los gastos de cuidado infantil, complete esta solicitud. Es una solicitud de cuidado infantil subsidiado. Si necesita ayuda para leer o completar esta solicitud, comuníquese con la agencia de CCIS de su localidad.



pennsylvania

DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

www.dpw.state.pa.us