



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

GUARDE ESTA PÁGINA EN SUS ARCHIVOS

El estado de Illinois ayuda a las familias de ingresos bajos a pagar por los servicios de cuidado de niños o guardería que necesitan para trabajar o ir a la escuela, entrenamiento y otras actividades relacionadas a trabajo. Por favor lea cuidadosamente las páginas siguientes. Si piensa que puede calificar, por favor someta una solicitud a su Agencia Cuidado de Niños, Recursos y Referencias (Child Care Resource and Referral - CCR&R) o al centro / hogar de cuidado de niños que tiene contrato con DHS para proveer cuidado de niños con subsidios. Si quiere saber si es elegible o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud, llame su CCR&R local. Para encontrar su CCR&R local llame al 1-877-202-4453 (llamada gratis) o vaya a <http://www.inccra.org/find-your-llocal-ccrr-other>.

Por favor asegúrese de que toda la información esté completa antes de enviar su solicitud:

- * La solicitud está claramente completada con tinta negra o azul.
- * Todas las preguntas de la solicitud se completaron. Si la sección o pregunta no aplica, escriba "n/a" en la casilla.
- * Complete el formulario basado en la información actual. Informe al CCR&R o proveedor si cambia alguna información
- * El nombre de padre tutor esté escrito en la parte superior de cada página de la solicitud.
- * El cliente (padres) y proveedor de cuidado de niños firman la solicitud (páginas 13 & 14).
- * Escriba los números de seguro social claramente o sino aplica, escriba "n/a" en la casilla. No se requiere los números de seguro social de los padres o los niños pero se usan para obtener información y ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia de cuidado de niños. Los proveedores TIENEN QUE escribir su número válido de identificación de impuestos (Número de Seguro Social, FEIN, código de unidad de gobierno) o Número de Registro para Proveedor de IDHS. Toda la información es confidencial y no será compartida con nadie.
- * Toda la Información de la familia está completa en la sección 3 de la solicitud incluyendo información sobre el estado de inmigración de sus niños. Los niños pueden recibir asistencia sin considerar su estado migratorio, pero se requiere que IDHS pida esta información. Esta información no será compartida con nadie. Los números de carnet o identificación de de extranjería de sus niños debe escribirlos, si tienen uno.
- * Con la excepción del solicitante y el otro padre/madre, incluya todas las personas que viven en el hogar en la Sección 3 (página 6).
- * Si trabaja, incluya por lo menos uno de los siguientes para verificar su empleo y el empleo de todas las personas en su unidad familiar que son mayores de 19 años de edad:
 - * Copias de sus dos (2) últimos talones de cheques, o (si usted no ha trabajado lo suficiente para recibir dos talones de cheques).
 - * Una carta de mi empleador, patrono o formulario de verificación indicando lo siguiente:
 - * La fecha que empezó a trabajar.
 - * La cantidad de dinero que le pagan.
 - * Su horario típico de trabajo, incluyendo el total de horas que trabaja por semana.
 - * La dirección y número de teléfono de su empleador o patrono.
 - * La firma de mi empleador, o
 - * Comprobantes de su negocio propio o trabajos por su cuenta. Esto puede incluir:
 - * Una copia de su Declaración de Impuestos Federal más reciente (IRS 1040) y todos los anexos.
 - * Una copia del cálculo de sus impuestos trimestrales.
 - * Una lista de ingresos y gastos del negocio propio de los últimos 30 días. Esto puede ser reportado en su propio formulario o en un Formulario de Negocio Propio que puede ser descargado en: <http://www.dhs.state.il.us/OneNet Library/27897/documents/Forms/IL444-2790.pdf> o pedido a su oficina local de CCR&R. Cuando reporta ingresos y gastos, debe adjuntar, recibos, gastos, u otra documentación para verificar toda la información.
- * Si asiste a la escuela, TODO lo siguiente se incluye:
 - * Copias de su horario escolar oficial.
 - * Copias de su más recientes calificaciones que indique su promedio de calificaciones (GPA).
- * Hizo una copia de su solicitud para sus registros. Tenga en cuenta que si envía originales de sus talones de cheque u otra documentación no serán devueltos
- * Toda información sobre ingresos y de trabajo de AMBOS padres ha sido escrita en las páginas e incluyó documentación.
- * **Tenga en cuenta que si deja en blanco alguna pregunta o si falta algún comprobante, le devolverán su solicitud como incompleta. Esto puede causar atrasos para aprobar los pagos del Programa de Asistencia para Cuidado de Niños.**
- * **También, tenga en cuenta que toda la información entregada será sometida a verificación usando base de datos del Estado y locales e Internet. Si se encuentran inconsistencias, puede demorarse su solicitud o se puede negar su participación en el Programa Asistencia Para Cuidado de Niños.**



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Aviso Importante: Mientras más rápido presente su solicitud, más rápido se pueden determinar sus beneficios. Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Envíe su solicitud completada a:

**Illinois Action For Children
Child Care Assistance Program
1340 S. Damen Avenue, 3rd Floor
Chicago, IL 60608**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL. Por favor lea las instrucciones adjuntas antes de completar este formulario. (Este formulario está disponible en español en: <http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/27897/documents/forms/IL444-3455S.pdf>)

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DE PADRES / TUTOR

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|------------------------|-------------|
| Nombre del Padre / Madre / Tutor: | | Inicial | Apellido: | | |
| Número de Seguro Social (Opcional)* | Si aplica, número del Caso TANF, Beneficios de Alimentos (SNAP), o Asistencia Médica | | | Condado | |
| Dirección del Hogar (Se requiere) | | Apto. # | Ciudad | Estado | Zona Postal |
| Dirección de Correos, si es diferente | | | Ciudad | Estado | Zona Postal |
| Número de Teléfono del Hogar | | Número de Teléfono Móvil | | Mejor hora para llamar | |
| Otro número de teléfono donde podamos llamarle | | correo electrónico (E-mail) | | | |
| Fecha de nacimiento del Padre / Madre / Tutor (Incluya Mes/Día/Año) | | | Marque uno: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | | |
| Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Chino | | | Otro: _____ | | |
| * Ahora no se requieren los números de Seguro Social para la elegibilidad del cuidado de niños o guardería y no se negará la solicitud sino proporciona esta información. Los números de Seguro Social se usan para datos de investigación que no identifica a individuos y para verificar ingresos. Los números de Seguro Social serán revelados solamente para propósitos administrativos y son confidenciales. | | | | | |
| ¿Solicita asistencia para más de un proveedor de cuidados de niños en esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | ¿Tiene otros niños que van a un proveedor de Head Start, Pre-K o preescolar o guardería que no está en esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Debe completar arreglos separados de cuidado de niños en la Sección 4 (pág. 8) para cada proveedor. | | | | | |
| Si contestó Sí, anote los nombres y número de registro (si fue asignado) de todos los proveedores de cuidado de niños que usted está pidiendo ayuda para pagarles: | | | Anote todos los otros proveedores de cuidado de niños tales como Head Start, Pre-K o pre-escolar, Cuidado de Niños que no son parte de esta solicitud. | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
| INFORMACIÓN DEL TRABAJO - Si usted tiene más de un trabajo, DEBE informarnos todo lo referente a todos sus trabajos aunque no necesite cuidado de niños para ese trabajo. Fotocopie esta página completa y complete una hoja separada para la información y el horario de trabajo para cada trabajo que tenga. | | | | | | Número de trabajos que tiene actualmente _____ | |
| Primer Empleo / Nombre de la Compañía o Patrono _____ | | | | Título del Trabajo _____ | | | |
| Dirección _____ | | | Ciudad _____ | | Estado _____ | Zona Postal _____ | |
| Número de Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____ | | | Fecha que lo emplearon en este trabajo: _____ | | | | |
| Sin descontar deducciones, yo gano (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año | | | | | | | |
| me pagan (marque uno) <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanalmente | | Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana _____ | | | Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana _____ | | |
| <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> una vez por mes <input type="checkbox"/> otro (por favor explique) | | | | | | | |
| Tiempo de viaje desde el proveedor de cuidado a la escuela _____ ¿Usa transportación pública? _____ | | | | | | | |
| HORARIO DE TRABAJO: Si el horario cambia, provea un ejemplo de su horario. | | | | | | | |
| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Si el horario cambia, por favor explique cómo cambia (Puede enviar documentación adicional para verificar, vea Preguntas Frecuentes # 11 en la página 16 de esta solicitud) | | | | | | | |
| Segundo Empleo / Nombre de la Compañía _____ | | | | Título de Trabajo _____ | | | |
| Dirección _____ | | | Ciudad _____ | | Estado _____ | Zona Postal _____ | |
| Número de Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____ | | | Fecha que empezó en este trabajo: _____ | | | | |
| Sin descontar deducciones, yo gano (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año | | | | | | | |
| me pagan (marque uno) <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanalmente | | Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana _____ | | | Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana _____ | | |
| <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> una vez por mes <input type="checkbox"/> otro (por favor explique) | | | | | | | |
| Tiempo de viaje desde el proveedor de cuidado a la escuela _____ ¿Usa transportación pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| HORARIO DE TRABAJO: Si el horario cambia, provea un ejemplo de su horario. | | | | | | | |
| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Si el horario cambia, por favor explique cómo cambia (Puede enviar documentación adicional para verificar, vea Preguntas Frecuentes # 11 en la página 16 de esta solicitud) | | | | | | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| ¿Está usted actualmente asistiendo a la escuela, entrenamiento o capacitación o una actividad requerida por TANF? <input type="checkbox"/> No (Vaya a la Sección 2 - Información del Otro Padre/Padrastr) <input type="checkbox"/> Sí (Complete la siguiente información). | | | | | | | |
| ESCUELA / CAPACITACIÓN / ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF | | | | | | | |
| TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria o GED <input type="checkbox"/> Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma <input type="checkbox"/> Ocupacional / Vocacional <input type="checkbox"/> Diploma de Universidad 2 años <input type="checkbox"/> Pasantía o Internado <input type="checkbox"/> Diploma Universidad 4 años <input type="checkbox"/> Experiencia de Trabajo (sólo TANF) | | | | | | Título o Licenciatura que Obtendrá | |
| ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó usted (diploma de secundaria / GED, certificado de un oficio, 4 años univ.? | | | | ¿Ya tiene usted un título de licencia profesional o certificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, qué tipo: _____ | | | |
| Nombre la Escuela/Programa de Capacitación al que usted asiste | | | Número de Teléfono | | Fecha que Comienza | | Fecha que Termina |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado | | Zona Postal |
| Tiempo de viaje desde el proveedor de cuidado a la escuela _____ | | | | ¿Usa transportación pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente | | | | | | | |
| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA | | | | | | | |
| ¿Está el otro padre o padrastr / madrastra de alguno de sus hijos, hijastros o niños que está criando, viviendo en su hogar? <input type="checkbox"/> No (vaya a la Sección 3 - Información de la Familia página 6) <input type="checkbox"/> Sí (Complete la siguiente información). | | | | | | | |
| Por favor tenga en cuenta: La información de datos de varias agencias y de sitios del Internet se considerarán (Vea Pregunta # 6 en la página 15). Si la información no concuerda, su elegibilidad puede tardarse. | | | | | | | |
| Si el otro padre / padrastr / madrastra incluido en su caso para otros beneficios (TANF, SNAP (Estampillas de Comida), Asistencia Médica, Manutención de Niños, Desempleo), pero ya no vive con usted, puede ser que tenga que presentar documentación o información adicional para comprobar que vive en otro lugar. Si usted no puede proveer esta documentación, por favor comuníquese con su oficina local de CCR&R u Oficina que Administra al proveedor de cuidado de niños. | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA | | | | | | | |
| Nombre del Otro padre / Tutor / Padrastr / Madrastra | | | Inicial | Apellido | | | |
| Número de Seguro Social (Opcional) | | | Fecha de Nac. (incluya mes/día/año) | | | Número de Teléfono | |
| ¿Trabaja el otro padre o padrastr / madrastra ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| ¿Está el otro padre o padrastr / madrastra en la escuela, capacitación o entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| Si el otro padre o padrastr / madrastra no trabaja ni va la escuela / programa de capacitación, explique por qué no puede cuidar a los niños. | | | | | | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

| | | | |
|---|--------|-----------------------------------|-------------|
| INFORMACIÓN DEL TRABAJO - Si tiene más de un trabajo, DEBE informarnos todo lo referente a todos sus trabajos aunque no necesite cuidado de niños para ese trabajo. Fotocopie esta página completa y complete una hoja separada de la información del trabajo y sección de horario del trabajo para cada trabajo que tenga. | | ¿Cuántos trabajos tiene ahora? | |
| Primer Trabajo: Nombre de la Compañía | | Título del Trabajo: | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Zona Postal |
| Número de Teléfono del Trabajo | Ext. | Fecha que empezó en este trabajo. | |

Sin descontar deducciones, cuánto gana (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|---|
| Le pagan (marque uno) | <input type="checkbox"/> diario | <input type="checkbox"/> semanalmente | Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana | Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana |
| | <input type="checkbox"/> cada dos semanas | <input type="checkbox"/> dos veces al mes | | |
| | <input type="checkbox"/> una vez al mes | <input type="checkbox"/> otro (por favor explique) | | |
| | | | | |

Tiempo de viaje desde el proveedor de cuidado a la escuela _____ ¿Usa transportación pública? Sí No

HORARIO DE TRABAJO: Si su horario varía, provea un ejemplo de su horario

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |

Si el horario cambia, por favor explique cómo cambia (Puede enviar documentación adicional para verificar, vea Preguntas Frecuentes #11 en la página 16 de esta solicitud)

| | | | |
|--|--------|--------------------------------------|----------|
| Segundo Empleo / Nombre de la Compañía | | Título del Trabajo | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Zip Code |
| Número de Teléfono del Trabajo | Ext. | Fecha en que empezó en este trabajo: | |

Sin descontar deducciones, gana (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|---|
| Le pagan (marque uno) | <input type="checkbox"/> diario | <input type="checkbox"/> semanalmente | Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana | Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana |
| | <input type="checkbox"/> cada dos semanas | <input type="checkbox"/> dos veces al mes | | |
| | <input type="checkbox"/> una vez al mes | <input type="checkbox"/> otro (por favor explique) | | |
| | | | | |

Tiempo de viaje desde el proveedor de cuidado a la escuela. _____ ¿Usa transportación pública? Sí No

HORARIO DE TRABAJO: Si su horario varía, provea un ejemplo de su horario

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |

Si el horario cambia, por favor explique cómo cambia (Puede enviar documentación adicional para verificar, vea Preguntas Frecuentes # 11 en la página 16 de esta solicitud)



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

| INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ESCOLAR / CAPACITACIÓN REQUERIDA POR TANF PARA EL OTRO PADRE / MADRE | | | |
|---|--------------------|--|------------------------|
| ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó usted (diploma de secundaria / GED, certificado de oficio, universidad)? | | ¿Ya tiene un título de licencia profesional o certificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | Si es sí, qué tipo: _____ | |
| Nombre de Escuela / Programa de capacitación al que Asiste | Número de Teléfono | Fecha Inicial Plazo | Fecha Termina el Plazo |
| Dirección | Ciudad | Estado | Zona Postal |

Tiempo que tarda de la escuela al proveedor. _____ ¿Usa transportación pública? Sí No

| | |
|---|------------------------------------|
| ¿Está el otro padre/madre/tutor actualmente asistiendo a la escuela, entrenamiento o capacitación o una actividad requerida por TANF? <input type="checkbox"/> No (vaya a la Sección 3 - Información de la Familia a continuación) <input type="checkbox"/> Sí (Complete la siguiente información). | |
| TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno) | Título o licenciatura que obtendrá |
| <input type="checkbox"/> Secundaria o GED <input type="checkbox"/> Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma <input type="checkbox"/> Ocupacional/Vocacional <input type="checkbox"/> Diploma Universidad 2 años <input type="checkbox"/> Pasantía o Internado <input type="checkbox"/> Diploma Univ. 4 años <input type="checkbox"/> Experiencia de trabajo (solo TANF) | |

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Tamaño de Familia incluye a estas personas QUE VIVEN EN SU HOGAR:

- * Usted.
- * Sus hijos biológicos o adoptados menores de 21 años de edad.
- * El padre biológico, padrastro o madrastra o padre adoptivo de cualquiera de sus niños tiene que ser incluido.
- * Cualquier otra persona relacionada a usted por sangre o por ley y que usted provee más del 50% de su sustento (si escoge incluirlos y puede verificar los ingresos) - por ejemplo un padre anciano o persona discapacitada.

Tamaño de mi familia: _____



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

Yo necesito asistencia para cuidado de niños para los siguientes niños:

| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | M/F | Origen Étnico* | Núm. Seguro Social |
|--|----------|---------------------|-----|----------------|--------------------|
| | | | | | |
| Ciudadano de EE.UU.** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tutela del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el Cliente: _____ | | | | | |
| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | M/F | Origen Étnico* | Núm. Seguro Social |
| | | | | | |
| Ciudadano de EE.UU.** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tutela del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el Cliente: _____ | | | | | |
| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | M/F | Origen Étnico* | Núm. Seguro Social |
| | | | | | |
| Ciudadano de EE.UU.** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tutela del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el Cliente: _____ | | | | | |
| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | M/F | Origen Étnico* | Núm. Seguro Social |
| | | | | | |
| Ciudadano de EE.UU.** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tutela del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el Cliente: _____ | | | | | |
| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | M/F | Origen Étnico* | Núm. Seguro Social |
| | | | | | |
| Ciudadano de EE.UU.** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tutela del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el Cliente: _____ | | | | | |

*Origen étnico para cada niño, anote el numero que aplica: (Se requiere para Informes del Gobierno Federal) 1 - Blanco, 2 - Negro o Afro Americano, 3 - Hispano o Latino (Personas que declaran etnia hispana también deben indicar su raza, por ejemplo, "3-1", "3-2", "3-5"), 4 - Asiático, 5 - Indio Americano o Nativo de Alaska, 6 - Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico.

** Si algún niño no es ciudadano, provea documentos de su registro de extranjero, si lo tiene.

Indique todos los otros miembros de la familia contados en su tamaño de familia (que no han sido incluidos en la solicitud):

| NOMBRE | APELLIDO | FECHA DE NAC. | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Opcional) |
|--------|----------|---------------|-------------------------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

SECCIÓN 4 - ARREGLO PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del proveedor (incluya una hoja separada para cada proveedor que pidió pagos). _____

Núm. de Registro del Proveedor (Poveedores sin núm de registro, deben llamar a CCR&R) _____

Indique solamente los niños que serán cuidados por ESTE proveedor de cuidado de niños o guardería.
Si sus niños van a la escuela, pre-escolar, o "head start" en otro lugar durante el día, anote solamente el horario que ESTE proveedor cuida a los niños. Para niños en edad escolar, indique solamente las horas que el proveedor cuida a los niños.

Horario del Cuidado de Niños

| Nombre del Niño | Edad | | LUNES | MARTES | MIÉRC. | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | Tarifa Diaria |
|----------------------------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| Parentesco con el Cliente: | DE | | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | |
| | | HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | |

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No todo el año

¿A qué horas va a la escuela el niño?

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor del cuidado? Sí No

¿Cambia el horario del cuidado de niños? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

Horario del Cuidado de Niños

| Nombre del Niño | Edad | | LUNES | MARTES | MIÉRC. | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | Tarifa Diaria |
|----------------------------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| Parentesco con el Cliente: | DE | | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | |
| | | HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | |

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No todo el año

¿A qué horas va a la escuela el niño?

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor del cuidado? Sí No

¿Cambia el horario del cuidado de niños? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

| Horario del Cuidado de Niños | | | | | | | | | | Tarifa Diaria |
|--|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre del Niño | Edad | | LUNES | MARTES | MIÉRC. | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | |
| Parentesco con el Cliente: | | DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | | HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| ¿Va a la escuela el niño de la lista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> todo el año | | | | | | ¿A qué horas va a la escuela el niño? | | | | |
| ¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor del cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| ¿Cambia el horario del cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |
| ¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |
| Horario del Cuidado de Niños | | | | | | | | | | Tarifa Diaria |
| Nombre del Niño | Edad | | LUNES | MARTES | MIÉRC. | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | |
| Parentesco con el Cliente: | | DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | | HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| ¿Va a la escuela el niño de la lista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> todo el año | | | | | | ¿A qué horas va a la escuela el niño? | | | | |
| ¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor del cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| ¿Cambia el horario del cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es Sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |
| ¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |
| Horario del Cuidado de Niños | | | | | | | | | | Tarifa Diaria |
| Nombre del Niño | Edad | | LUNES | MARTES | MIÉRC. | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | |
| Parentesco con el Cliente: | | DE | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | | HASTA | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| ¿Va a la escuela el niño de la lista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> todo el año | | | | | | ¿A qué horas va a la escuela el niño? | | | | |
| ¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor del cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| ¿Cambia el horario del cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |
| ¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Si es Sí, por favor explique: _____ | | | | | | | | | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS MENSUALES

En cada encasillado escriba el ingreso MENSUAL promedio suyo y de cada miembro que ha contado en el tamaño de su familia. Se tomará en consideración la base de datos de varias agencias y de sitios por Internet cuando se determina la elegibilidad. Si el tipo de Ingreso Mensual no aplica, escriba N/A.

| Tipo de Ingreso Mensual | Solicitante (USTED) | Otros Miembros de la Familia |
|---|---------------------|------------------------------|
| 1. Ingresos de Empleo de ambos padres y de todos los miembros de la familia mayores de 19 años de edad (incluyendo propinas de cheques de pago, sin descontar deducciones). Envíe copias de los 2 talones de cheques más recientes y consecutivos (En las preguntas comunes, vea la pregunta # 11). Si usted (o un miembro de la familia) tiene negocio o trabaja por su cuenta, complete el #2 siguiente. | \$ | \$ |
| 2. Ingresos de Negocio Propio o trabajos por su cuenta de usted o de los miembros de su familia mayores de 19 años de edad. Envíe comprobantes tales como, declaración de impuesto federal más reciente (IRS 1040 y anexos), o copia del cálculo trimestral de impuestos, o una lista de todos los ingresos y gastos del negocio de los últimos 30 días. Esto puede indicarlo en su propio formulario o el formulario para Negocio Propio que puede ser bajado en: http://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27897/documents/Forms/IL444-2790.pdf o pedido a su agencia local de CCR&R, envíe recibos y otros documentos. | \$ | \$ |
| 3. Manutención de Niños que recibe cualquier miembro de la familia | \$ | \$ |
| 4. Asistencia Económica TANF de cualquier miembro de la familia | \$ | \$ |
| 5. Otros Ingresos de Dinero Federal: por ejemplo, pagos del Seguro Social y beneficios del ferrocarril de TODOS los miembros de la familia. | \$ | \$ |
| 6. Otros Ingresos Mensuales de todos los miembros de la familia: por ejemplo - compensación del desempleo, pagos mensuales continuos de asistencia del DCFS, pagos por discapacidad permanente (SSI), interés de ingresos, regalías, pensiones, anualidades, pensión de veteranos, beneficios de sobrevivientes, y parte de gastos de vivienda de beca educacional. | \$ | \$ |
| SUBTOTAL (sume las líneas 1-6) | \$ | \$ |
| RESTE Manutención de Niños que Paga usted u otro miembro de la familia | - \$ | - |
| TOTAL DE INGRESOS MENSUALES | \$ | \$ |
| Si usted recibe Asistencia Económica para Vivienda, incluyendo vales con un valor específico de dinero, por favor escriba la cantidad aquí. Esto se requiere sólo para informe Federal, y NO CUENTA EN EL TOTAL DE INGRESOS DE LA FAMILIA. | | \$ |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Para ser completado por el Proveedor (Por favor escriba en letra de molde claro con tinta negra o azul).

No se puede pagar a los padres o padrastro / madrastra por proveer cuidado de niños a ningún niño en el hogar. Los proveedores deben tener por lo menos 18 años de edad y cumplir con revisión de antecedentes penales requerida cada dos años.

| | | | | |
|---|---|--|---------------------|-----------------------------|
| Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños McCormick Tribune YMCA - Summer Program | | Si es un Centro de Cuidado de Niños, Nombre de Corporación YMCA of Metro Chicago | | |
| Dirección 1834 N. Lawndale | Número de Apartamento | Ciudad CHICAGO | Estado IL | Zona Postal 60647 |
| Dirección de Correos, si es diferente: | | | Condado | |
| Número de Teléfono (773) 235-2525 | Número de Fax (773) 235-9193 | Correo Electrónico rnodal@ymcachicago.org | | |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) (No se requiere para Centros y Proveedores con Licencia) | | Mes: _____ | Día: _____ | Año: _____ |
| <p>El Proveedor Debe Completar Una de las Opciones: Nota: Lea las instrucciones incluidas con el formulario W-9 para información sobre estas opciones. Si usted ya se ha registrado como proveedor en este programa, solamente escriba su número de registro.</p> | Número de Seguro Social (Individual o propietario único) | | | |
| | FEIN (Corporación, sociedad o propietario) | | 36-2179782 | |
| | Código de Unidad del Gobierno (Escuela Pública o distrito de parques) | | | |
| | Número de Registro de IDHS del Proveedor | | | |
| Se considera que los proveedores de cuidado de niños o guardería tienen negocio propio o trabajan por su cuenta y no se deducen los impuestos de los pagos de IDHS. Este ingreso paga impuestos y tiene que ser declarado con los documentos de impuestos. La Oficina de la Contraloría envía el formulario 1099 con información de impuestos al final del de cada año a todos los proveedores que ganan más de \$600 al año. | | | | |
| Escriba la fecha que el proveedor recientemente empezó o empezará a cuidar los niños: (MM/DD/AAAA) _____ | | | | |
| ¿Ha sido usted aprobado por el Sistema de Clasificación de Calidad (Illinois Quality Counts Rating (QRS))? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Es usted un empleado del Departamento de Servicios Humanos de Illinois o de otra agencia del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de algo que no sea una violación menor de tráfico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Si es sí, por favor explique: _____ | | | | |

COLABORACIONES DE CUIDADO DE NIÑOS

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|--|
| ¿Está aprobado como Colaboración de Cuidado de Niños por IDHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Marque todo lo que aplica: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> ISBE Pre-K | | |
| ¿Hay algún niño de esta familia registrado como niño en colaboración? | | | | |
| ¿Cuánto dura su programa? | | <input type="checkbox"/> 9 Meses | <input type="checkbox"/> 12 Meses | <input checked="" type="checkbox"/> Otro <u>12 weeks</u> |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

ARREGLOS PARA CUIDADO LEGAL

Marque el tipo de proveedor. Si tiene licencia, complete Información para Cuidado de Niños con Licencia.

| | |
|---|---|
| <p>CENTROS Y PROVEEDORES CON LICENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños con Licencia (760)*</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños exento de Licencia (761)⁹</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado de Niños con Licencia (762)*</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado de Niños en Grupo con Licencia (763)*</p> | <p>INFORMACIÓN CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA (NO escriba el Núm. de Licencia de Hogar de Crianza (Foster Care))</p> <p>Número de Licencia: _____</p> <p>Capacidad de Licencia: _____ Día _____ Noche</p> <p>Fecha que caduca la Licencia _____</p> <p>Horas de Operación: De _____ HASTA _____</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>CUIDADO POR PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)</p> <p><input type="checkbox"/> En el en el Hogar del Proveedor (765)</p> <p><input type="checkbox"/> En el Hogar del Niño (767)</p> | <p>CUIDADO POR NO-PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de Niños en el Hogar del Proveedor (764)</p> <p><input type="checkbox"/> En el Hogar del Niño (766)</p> |
|--|--|

Mi parentesco con el / los niños: _____

Idioma: Inglés Español Polaco Chino Otro: _____

NO SE REQUIERE PARA PROVEEDORES CON LICENCIA

Si el cuidado se provee en el hogar del proveedor, indique el nombre de todas las personas que viven en el hogar del proveedor

| NOMBRE | APELLIDO | FECHA DE NAC. | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
|--------|----------|---------------|-------------------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 7 - CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones sobre los estándares de cuidado de niños, certifico que:

- * Los padres tendrán acceso sin restricciones a sus hijos en todo momento.
- * Se han seguido todos los códigos de bomberos estatales y locales, de salud y seguridad.
- * Todos los proveedores de cuidado de niños y el personal deben tener un examen médico que no tenga más dos años y una prueba de tuberculina documentado en los archivos de la instalación o casa dentro de los 90 días en que se firmó este formulario. La prueba cutánea de tuberculina no debe ser posterior a la fecha en que el proveedor y el personal comenzó a prestar servicios de cuidado de niños.
- * Todo producto de limpieza, venenos y otros materiales peligrosos se almacenan en una zona inaccesible a los niños.
- * No hay armas de fuego o municiones en el hogar o algún arma de fuego o municiones en el hogar se guardan bajo llave todo el tiempo.
- * Los suministros de primeros auxilios están disponibles.
- * No hay castigo corporal
- * Siempre se proporcionará diariamente a los niños juegos y actividades físicas apropiados para su desarrollo .
- * Se supervisará a los niños todo el tiempo (dentro y fuera del lugar).
- * Los niños tendrán siempre comidas y meriendas nutritivas diarias de acuerdo al número de horas en el cuidado.
- * No he sido responsable, y si soy un proveedor en el hogar, nadie que vive en mi hogar que es mayor de 13 años, ha sido responsable de abuso o negligencia de niños o han sido responsables de actos de abuso sexual o explotación sexual de niños. Yo autorizo al Departamento de Servicios Para Niños y Familia a que revisen por medio del Sistema de Rastreo - Información Sobre Abuso y Negligencia de Menores (Child Abuse and Neglect racking -System- CANTS) y el Registro de Delincuentes Sexuales (SOR) para confirmar esta información con el Departamento de Servicios Humanos.
- * Yo y miembros de mi familia puede que necesitemos completar un formulario de Autorización Para Revisión de Antecedentes. El CCR&R le enviará por correo este formulario con instrucciones si se requiere completarlo.

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones sobre las reglas del programa de asistencia para cuidado de niños, yo entiendo que:

- * Si soy un proveedor de cuidado de niños en el hogar, informaré dentro de 10 días sobre cualquier nueva persona que vive en mi hogar.
- * La información provista será revisada usando bases de datos del Estado.
- * Entiendo que la información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y que puede ser necesaria para verificar la información, pero también está sujeto a revelarse bajo la Ley de libertad de información (Freedom of information act - FOIA).
- * No me pueden pagar hasta que complete un formulario W-9 y me certifique la Oficina del Contralor.
- * Yo soy responsable de recoger la cuota de cada familia y la cuota será deducida del pago que recibo de IDHS.
- * El Estado tiene la obligación de hacer deducciones de pago para todos los proveedores de cuidado de niños en el hogar de acuerdo al contrato con el Sindicato Para Empleados en Servicios (Service Employees International Union - SEIU).
- * El Estado no es responsable del pago de servicios por cuidado de niños antes de la fecha de la notificación de aprobación expedido por el Estado.
- * Si soy un proveedor en centro de cuidado de niños, hogar con licencia, u hogar en grupo, mantendré, durante un mínimo de cinco (5) años a partir de la fecha de pago, todos los registros de asistencia diaria para documentar completamente los servicios prestados y me comprometo a tener disponibles todos los registros y documentación relacionado a los servicios facturados para cualquiera y todas los representantes autorizados del Departamento y autoridades Federales.
- * El no mantener registros adecuados establecerá la presunción a favor del Estado por los fondos pagados por el Estado para lo cual no hay documentación adecuada para apoyar el pago
- * Para ser considerados exento de licencia por DCFS, puedo cuidar no más de tres niños durante un día cualquiera, incluyendo a mis propios hijos, a menos que todos los niños sean del mismo hogar.
- * Si no tengo licencia de DCFS, se adjuntan copias de mi tarjeta de Seguro Social y licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación estatal, o una identificación militar. Para estar al día, la licencia de conducir o identificación debe incluir mi dirección actual.
- * Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que proporciono es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el dar información falsa o no proveer información correcta también puede causar exceso de pagos que tendré que pagar y podría resultar en ser enjuiciado por fraude.
- * Que las tarifas aplicadas al Estado de Illinois no excedan el máximo permitido por el Estado y no excedan aquellos aplicados al público en general por servicios similares. Esto incluye descuentos, tales como descuentos para múltiples niños, descuentos para el personal, descuentos de toda la semana, descuentos por pago en efectivo y cuotas por escalas móviles.
- * Certifico que las horas de cuidado de niños no son horas que el niño está en la escuela.
- * Que deliberadamente proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio con el fin de defraudar al Estado de Illinois causará que sea enjuiciado con todo el peso de la ley.
- * Mi firma es mi consentimiento y autorización para que se revele la información al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes que pueden establecer mi elegibilidad o mi continua elegibilidad para el Programa de Cuidado de Niños.

Al firmar y fechar este documento certifico que he leído y entendido todas las instrucciones mencionadas anteriormente. Yo certifico que las declaraciones que enumeradas son verdaderas y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños:

Isabelle

Fecha:

4/9/12



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

SECCIÓN 8 - CERTIFICACIÓN DE PADRES / TUTOR

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Entiendo que soy responsable de pagar una parte de mis Costos por el cuidado de niños (cuota de los padres) al proveedor del cuidado de niños y no hacerlo puede resultar en la pérdida de mi proveedor de cuidado de niños.
- * Entiendo que mi elegibilidad será determinada nuevamente cada seis (6) meses o cuando sea necesario.
- * El/los niño(s) tiene(n) las vacunas actualizadas y la verificación se encuentra archivada con el proveedor de cuidado de niños.
- * Se ha completado una revisión de cada local / hogar y estoy de acuerdo que es un ambiente seguro.
- * He dado una notificación por escrito a cada proveedor de cuidado de niños si quiero que otra persona además de mí recoja al/los niño(s).
- * Se ha entregado a cada proveedor de cuidado de niños un número telefónico de emergencia y consentimiento escrito para la atención médica y para dar medicinas recetadas.
- * El nombre del médico de familia está en el archivo de cada proveedor de cuidado de niños.
- * Soy responsable de la selección de proveedores de cuidado de niños para mi(s) niño(s).
- * Informaré sobre cualquier cambio en el cuidado de niños, empleo o tamaño de familia, dentro de 10 días. No reportar cambios a tiempo puede dar lugar a un exceso de pagos que tendré que pagar y / o pérdida de beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que debo estar trabajando o asistiendo a un programa de educación o actividad aprobado por IDHS u otra actividad relacionada a trabajo para ser elegible para recibir beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que la información proporcionada será revisada con el Estado y otras bases de datos, y si se detectan inconsistencias, el proceso de mi solicitud puede ser retrasado o negado.
- * Entiendo que proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio o retener información del número de Seguro Social con el fin de defraudar al Estado de Illinois, causará que se me procese con el mayor peso de la ley.
- * La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y que puede ser necesaria para verificar la información que he proporcionado.
- * Entiendo que tengo el derecho de apelar y tener una audiencia imparcial de una queja.
- * Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que proporciono es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el dar información falsa o no proveer información correcta también puede causar exceso de pagos que tendré que pagar y podría causar un juicio por fraude.

Con mi firma doy mi consentimiento y autorización para que la información sea entregada al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el cuidado de niños.

Firma del Padre / Madre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Otro Padre / Madre / Tutor: _____ Fecha: _____



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

PREGUNTAS COMUNES SOBRE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS INFORMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS

1) ¿Quién es elegible para la asistencia que ofrece el estado para cuidado de niños o guardería?

- * Familias de bajos ingresos que trabajan;
- * Clientes TANF en actividades de educación, entrenamiento, o relacionadas a trabajo aprobadas por su trabajador(a);
- * Padres jóvenes (menores de 20 años de edad) en escuela elemental o secundaria, o en un programa de GED;
- * Las familias de bajos ingresos que están en la escuela o entrenamiento y no reciben asistencia económica TANF.
- * Programas vocacionales y ocupacionales, GED, Educación Básica Para Adultos (ABE), Inglés como Segundo Idioma (ESL), y otros programas de menor grado que escuela secundaria, no tienen requisitos de trabajo los primeros 24 meses. La escuela secundaria no tiene requisito de trabajo.

2) ¿Hay una lista de espera para la asistencia de cuidado de niños?

No. Cualquiera que reúna los requisitos de elegibilidad puede recibir subsidios para guardería o cuidado de niños.

3) ¿Cuánto tiempo puedo seguir recibiendo asistencia para cuidado de niños?

No hay límite de tiempo. Mientras usted sea elegible debido a sus ingresos y necesita cuidado de niños para trabajar o participar en una actividad aprobada, usted sigue siendo elegible. Su carta de aprobación le indicará el primer y el último mes que usted es elegible para recibir asistencia. Por lo general, será aprobado por 3 o 6 meses cada vez. Antes de que su período de aprobación termine, usted deberá renovar su caso de cuidado de niños para seguir recibiendo ayuda. Para ello, deberá llenar un formulario de "redeterminación". Este formulario es enviado automáticamente un mes antes de que su periodo de aprobación termine. Por ejemplo, si fue aprobado hasta abril, usted debe recibir su formulario de redeterminación en marzo. Si usted no devuelve el formulario de redeterminación y todos los documentos requeridos O si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del programa, su caso será cancelado.

4) Si recibo asistencia para cuidado de niños del Estado ¿todavía tengo que pagar algo?

El estado requiere que todos los padres paguen un "cuota" mensual directamente a su proveedor. La cantidad de su cuota mensual es determinada por IDHS y la cantidad puede variar de un padre a otro. Las cuotas mensuales se basan en el ingreso mensual bruto, tamaño de la familia y el número de niños en cuidado de niños. La cantidad de su cuota mensual será incluida en su carta de aprobación. El Estado deducirá el cuotas de los padre del total de los cargos hasta la tarifa máxima de cuidado de niños. Si la cuota es mayor que el total de los cargos, el padre paga la cantidad menor al proveedor y el Estado no paga nada.

5) ¿Cómo puedo encontrar un proveedor de cuidado de niños?

Usted puede llamar a un consejero de padres en su agencia local Cuidado de Niños, Recursos y Referencias (CCR & R) al 1-877-202-4453 (la llamada es gratis) para obtener ayuda y encontrar cuidado de niños o guardería para su niño. Usted debe tener un proveedor de cuidado de niños antes de presentar su solicitud.

6) ¿Se verificará mi información?

Sí. La información presentada por los padres o tutores en la aplicación y la documentación se verifica por medio de base de datos de varias agencias y sitios por Internet. Las bases de datos utilizadas incluyen, pero no se limitan a: TANF, Beneficios Snap (antes conocidos como Estampillas de Comida), Asistencia Médica, Seguridad de Empleo, Departamento de Trabajo, Administración del Seguro Social, Manutención de Niños y Escuelas Públicas de Chicago. La información de estas bases de datos y sitios por Internet se consideran al determinar la elegibilidad

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

7) ¿Qué significa " ingreso elegible"?

Una familia se considera con ingreso elegible cuando el ingreso bruto mensual combinado de todos los miembros de la familia es igual o menor que las cantidades que figuran a continuación para el tamaño de la familia correspondiente. En familias con ambos padres, incluye aquellos con 2 o más adultos que viven en el hogar, tales como el solicitante y su cónyuge o padres de un hijo en común en el hogar.

8) ¿Tengo que ser el padre/ madre del niño para calificar para el programa?

No. El tutor legal del niño u otros parientes que cuidan al niño también son elegibles y deben llenar un formulario de solicitud. Los padres de crianza pueden recibir asistencia para cuidado de niños del Departamento de Servicios para Niños y Familias.

9) ¿Qué edad debe tener el niño?

Todos los niños menores de 13 años de edad son elegibles. Los niños de 13 años o más son elegibles si están bajo la supervisión del tribunal o tienen documentación escrita de un proveedor médico indicando que son física o mentalmente incapaces de cuidarse por sí mismos.

10) ¿Puedo recibir beneficios de cuidado de niños por el tiempo que me toma ir de la casa a la escuela / trabajo / entrenamiento y viceversa?

Sí. Usted puede recibir asistencia para cuidado de niños por el tiempo razonable que le toma viajar a su proveedor de cuidado de niños y al trabajo / escuela / entrenamiento, así como por el tiempo que usted está trabajando, en la escuela o entrenamiento.



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

ESCOGIENDO UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

11) ¿Qué pasa si mi horario de trabajo cambia?

Usted puede enviar talones de cheque adicionales y adjuntar información adicional para establecer un horario de trabajo promedio.

12) ¿Y si el otro padre, padrastro / madrastra de mi niño vive en mi hogar?

Si otro padre o padrastro / madrastra del niño vive en su hogar, él o ella también debe estar trabajando o en la escuela, entrenamiento, o en una actividad requerida de TANF para que usted califique para subsidio de cuidado de niños. El otro padre o padrastro / madrastra también necesita completar la página 4 y 6 de la solicitud y someter los mismos tipos de documentos que usted, los cuales se indican en las instrucciones de la solicitud. Si el otro padre o padrastro / madrastra no trabaja ni va a la escuela, entrenamiento, o no está en una actividad requerida de TANF, necesita escribir y firmar una carta explicando por qué él o ella no puede cuidar al niño.

13) ¿Cuándo sabré si aprueban mi solicitud para asistencia de cuidado de niños?

Se notificará a usted y su proveedor sobre la aprobación o negación dentro de 30 días después de recibir su solicitud completa y toda la documentación requerida. Las solicitudes incompletas son la causa # 1 de la demora.

14) ¿Cuándo debo enviar a mi hijo a su proveedor de cuidado de niños y cuándo el proveedor de cuidado debe empezar a proveer el servicio?

Los niños no deben asistir a la guardería antes de la notificación de aprobación a menos que los padres y el proveedor hayan hecho un acuerdo de pagos hasta la aprobación / notificación sea recibida por los padres y el proveedor.

15) ¿Tiene que tener licencia el proveedor de cuidados de mi niño?

No. Ciertos proveedores de cuidado de niños en el hogar no requieren tener licencia. Un proveedor sin licencia debe tener por lo menos 18 años de edad y no puede cuidar a más de 3 niños, incluyendo sus propios niños, a menos que todos los otros niños sean de la misma familia.

16) ¿Pagará el estado a parientes que cuidan a mi hijo?

Sí. Se puede pagar a los parientes por cuidado de niños aunque vivan en el mismo hogar que el niño. Se puede pagar a los clientes que reciben TANF por cuidar niños; pero, lo que ganan deben reportarlo a su trabajador(a) del IDHS. Excepción: el Estado no pagará por cuidar al niño a los padres, padrastro / madrastra, ni tutor legal incluidos en la concesión TANF del niño.

17) ¿Revisa el Estado los antecedentes penales de los proveedores de cuidado de niños?

En Illinois, todos los proveedores deben someterse a una revisión de antecedentes penales. La revisión de antecedentes penales se compone de tres partes. Una revisión CANTS (Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños), Una revisión de Registros para Delincuentes Sexuales de Illinois y / o Nacional (SOR), y una revisión de antecedentes penales (que se hace por medio de huellas digitales). Se requiere que su proveedor tenga algunas o todas estas revisiones. Si el cuidado se proporciona en el hogar del proveedor, se requiere que todos los que viven en la casa del proveedor que tienen 13 años de edad o mayores deben someterse a revisiones de antecedentes. No hay costo alguno para los padres o proveedores por las revisiones de antecedentes. Su CCR&R le dirá al proveedor y los miembros del hogar qué revisiones se requiere que completen.

PAGOS

18) ¿Puede mi proveedor cobrarme más de la cantidad de mi cuota?

Sí, si su proveedor cobra a padres privados una tarifa más alta de la que paga IDHS, su proveedor le puede pedir que pague la diferencia de honorarios además de la cuota de los padres. Asegúrese hablar con su proveedor sobre lo que se espera que usted pague antes que empiece a cuidar su niño. Si el costo o la cantidad que paga al proveedor es muy alta, su CCR&R puede ayudarle a buscar un proveedor de cuidado de niños más asequible o que cueste menos. Llámelos para que le ayuden a buscar un nuevo proveedor de cuidado de niños.

19) ¿Cuánto pagará el estado al proveedor de cuidado de niños?

Lo máximo que el Estado pagará depende de la edad del niño, región del estado, tipo de proveedor de cuidado de niños y si están cuidando al niño tiempo completo o parcial. Se puede obtener una copia de las tarifas llamando a CCR&R. Se considera que todos los proveedores tienen su propio negocio (y NO son empleados del IDHS ni del CCR&R). No se descuentan impuestos de los pagos. Por ley se requiere que los proveedores reporten los pagos que reciben del Cuidado de Niños al IRS como ingresos ganados. Si usted no es una corporación o entidad del gobierno (escuela pública o distrito de parques), y gana más de \$600 en un año, su proveedor recibirá una copia del Formulario "1099 Miscellaneous" de la Oficina del Contralor para reportar sus ingresos al IRS. El proveedor debe recibir el formulario para el 15 de febrero.

20) ¿Cuándo le pagarán al proveedor de cuidado de niños?

Se puede tomar de 4 a 8 semanas para que su proveedor reciba el primer pago. Después de que su proveedor recibe el primer pago, los pagos regulares llegarán mensualmente. La razón que el primer pago tarda más se debe a que el nombre de su proveedor y número de seguro social deben registrarse con la Oficina de la Contraloría antes de que los pagos se puedan hacer. Para ello, el CCR&R le enviará por correo a su proveedor de formulario de impuestos W9. Mientras más rápido completa y devuelve el formulario W9 al CCR & R, más rápido se hará el pago. Después de que la Oficina del Contralor tenga la información de su proveedor en el registro, podemos enviarle el primer "certificado de facturación". Este es el formulario que usted y su proveedor deben completar cada mes para informarle al IDHS cuánto le debe pagar a su proveedor.



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

21) ¿Cómo le pagarán al proveedor espera de cuidado de niños?

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

IDHS ofrece a los proveedores de cuidado de niños en el hogar la opción de que reciban sus pagos por medio de la tarjeta de débito MasterCard de Illinois. La tarjeta de débito ofrece la oportunidad a los proveedores que cuidan los niños en sus casas que reciban sus pagos más rápido, de una manera menos cara que pagando con cheques. El proveedor recibirá los pagos por todos los niños que cuida en una tarjeta. ¡Sin preocupaciones por cheques perdidos o robados! Cada mes, el proveedor recibirá un estado de cuentas con la identificación de cada caso para el que recibe pagos. Para obtener más información acerca de la tarjeta de débito MasterCard de Illinois, visite el siguiente sitio: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=45486> o comuníquese con su CCR&R.

Los pagos pueden ser depositados directamente en la cuenta bancaria de su proveedor. Esto puede ser especialmente útil si su proveedor ha estado teniendo problemas con el correo. Llame al 217-557-0930 para establecer el depósito directo. Para efectos de mantener registros, el proveedor puede pedirle al banco el tipo de información sobre el recibo que le puedan dar, ya que el proveedor no recibirá información de pago del IDHS o de la oficina de la Contraloría cuando se usa el depósito directo.

Desde 20 de septiembre de 2011, proveedores que cuidan niños en sus casas recibirán sus pagos por medio de la tarjeta de débito Mastercard, a menos que escojan depósito directo. Los cheques continuarán siendo una opción si el proveedor no puede aceptar el método electrónico para sus fondos.

El Sistema de Facturación por Teléfono para Cuidado de Niños del IDHS es una manera más fácil y más rápida para recibir los pagos. Comuníquese con su CCR&R para obtener más información.

22) ¿Cómo puedo yo o mi proveedor de cuidado de niños chequear el estado de pagos?

Los clientes y proveedores pueden llamar gratis al número de teléfono de IDHS para averiguar información sobre los pagos. Si usted tiene un teléfono de teclas, puede llamar al 1-800-804-3833 para saber si sus pagos han sido registrados por el CCR&R y enviados por el Contralor del Estado. Este número de teléfono es gratis y está disponible 24 horas al día, siete días a la semana. También puede obtener información de pago yendo al sitio por Internet de la Contraloría del Estado en: www.comptroller.state.il.us y seleccione "pagos a proveedores".

OTRO

23) ¿Qué debo hacer si cambian mis circunstancias?

Los padres o el proveedor nos deben llamar cuando ocurre cualquier cambio:

- * Cambio de Proveedores
- * Cambio de Dirección o domicilio
- * Deja de Trabajar o cambia de trabajo
- * Deja de recibir TANF
- * Deja la escuela o entrenamiento
- * Está en descanso médico o por maternidad
- * Cambia el tamaño de la familia
- * Hay cualquier cambio que puede afectar su elegibilidad
- * Cambian sus ingresos

Si no reporta los cambios dentro de 10 días, puede resultar en excesos de pagos y / o pérdida de beneficios de cuidado de niños. Si deja de trabajar puede continuar recibiendo un subsidio para cuidado de niños hasta por 30 días después de la pérdida de su trabajo, mientras busca trabajo.

24) Si yo soy un cliente o proveedor de cuidado de niños y me mudo, ¿cómo me enviarán los pagos?

No, los clientes y proveedores deben completar y presentar un formulario de dirección del cliente / proveedor dentro de 10 días de su reubicación.

25) ¿Cómo puedo verificar el empleo si tengo negocio propio o trabajo por mi cuenta o me pagan en efectivo?

Una copia de la más reciente declaración federal de impuestos firmada y todos los anexos correspondientes y accesorios. Después del 15 de abril de cada año, sólo el impuesto correspondiente al año anterior es aceptable. Si la declaración se presentó por vía electrónica, deberá proporcionar una copia del recibo por falta de la firma. Si no tiene la declaración de impuestos, una declaración mensual de ingresos y gastos deben ser presentados hasta que haga su declaración de impuestos.

Si le pagan en efectivo, una carta de verificación de pagos se requiere para cada individuo que le paga en efectivo por sus servicios. Usted no puede escribirse la carta a sí mismo. La carta debe ser de la persona que le paga.

Todas las verificaciones deberán incluir la siguiente información:

1. Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que completa la carta;
2. Tipo de trabajo realizado;
3. Quién realiza el trabajo;
4. Fecha(s) que se completa el trabajo o si la actividad está en curso;
5. Tarifa de remuneración o cantidad que le pagan, y
6. Horario de empleo. Si los gastos superan a los ingresos brutos, los ingresos por negocio propio o trabajos por su cuenta serán cero (-0-). Los gastos adicionales que superen los ingresos brutos no se restarán de otros ganados en el hogar. Si el número de horas trabajadas no se puede verificar, la cantidad de servicios de cuidado de niños permitido no será superior a los ingresos documentados dividido por el actual salario mínimo por hora del Estado.

Ejemplo: Un padre informa que limpia 5 viviendas por semana y sólo gana \$100 por semana. Para calcular el número de horas / días de aprobación, divida \$100 por 8.25 dólares (salario mínimo estatal efectivo 7/1/10) = 12.12 horas. Dependiendo del horario de transportación para el actual trabajo de los padres, los padres podrían ser aprobados, para cuidado de niños o guardería, ya sea: 1 día completo y 1 día a tiempo parcial, 2 días completos y 1 día parcial, o 3 días parciales.