

Intención de Solicitar Ayuda para Cuidado Infantil

Para proteger la fecha de su solicitud, usted tiene que llenar este formulario y devolverlo lo más pronto posible.

Parte I – Derecho a Solicitar

Si usted vive en Kentucky y desea solicitar ayuda del Programa de Ayuda para Cuidado Infantil, siga estos pasos:

- Llene este formulario y entréguelo al Agente local de Servicios de Cuidado Infantil.
- Una vez que se reciba este formulario, se programará una entrevista para completar el proceso de solicitud.
- Para empezar el proceso de solicitud, llene las Partes I, II y III de este formulario.

Si usted es elegible, se le dará los beneficios a partir de la fecha en que usted devuelve este formulario. Favor de devolver este formulario y todas las verificaciones requeridas lo más pronto posible.

Su Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Condado _____ Número de Teléfono _____ [] Suyo [] Cercano

Si su dirección postal es diferente a su dirección física, escríbala abajo:

(Dirección Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Raza _____

Nivel Educativo Más Alto _____ Estado Civil _____ (S, C, D, V, Sep.)

Firme Aquí _____
(Su Nombre) (Fecha)

¿Tiene usted una condición física o mental que requiere que tenga adaptaciones especiales durante su entrevista de solicitud, tal como necesitar un intérprete en lenguaje de señas? [] Sí [] No

Si responde Sí, ¿qué necesita? _____

Podemos obtener un intérprete **gratis** para su entrevista si usted tiene dificultad en hablar inglés.

¿Necesita un intérprete durante su entrevista? [] Sí [] No

Si responde Sí, ¿en qué idioma? _____

Parte II – Información de los Miembros del Hogar

Sección del Solicitante

Escriba los nombres de todos los niños que viven en su hogar para quienes usted desea recibir beneficios. Ellos se consideran parte de la solicitud. Cualquier persona para quien usted no desea recibir beneficios no se considera parte de la solicitud y su nombre debe ser escrito en la próxima sección.

| Primer Nombre / Inicial del 2.º / Apellido | N.º de Seguro Social | Relación con usted | Fec. Nac. | Sexo M o F |
|--|----------------------|--------------------|-----------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sección de Otras Personas en el Hogar

Escriba el nombre de cualquier otro niño o adulto que vive con usted en esta sección.

| Primer Nombre / Inicial del 2.º / Apellido | N.º de Seguro Social | Relación con usted | Fec. Nac. | Sexo M o F |
|--|----------------------|--------------------|-----------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Parte III – Derechos, Responsabilidades, Firma

Derechos del Solicitante

- Entiendo que se tomará una decisión sobre esta solicitud dentro de treinta (30) días. Me notificarán por escrito acerca de la decisión.
- El Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (o la agencia contratada que este designa) cumplirá con las estipulaciones de la Ley de Derechos Civiles, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la Ley para Personas con Discapacidades de 1990, y Títulos IV-A, IV-B, IV-C, IV-E y XX de la Ley de Seguro Social con respecto a programas de servicios para niños, familias y adultos.
- Si estoy insatisfecho con cualquier acción de la agencia, entiendo que tengo el derecho a pedir una resolución de conflictos informal y/o una apelación de servicios ante un oficial de audiencias imparcial. Además entiendo que puedo ser representado por un abogado u otro representante en todo procedimiento relacionado con el proceso de apelación de servicios.
- Entiendo que los números de Seguro Social serán usados para varias comparaciones estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Estas comparaciones incluyen, pero no se limitan al Seguro Social, IRS, SSI, registros de salarios, seguro de desempleo y otras comprobaciones como es estipulado bajo la autoridad de IEVS. Esta información puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. Información proporcionada bajo IEVS, después de la verificación, puede afectar la elegibilidad para los beneficios y la cantidad de estos. Esta información será revelada a otras agencias solamente como lo permite la ley.
- Si se pagan beneficios en mi nombre por error, se requerirá que yo pague la cantidad sobrepagada.
- Si soy convicto de recibir beneficios fraudulentamente, no seré elegible para recibir beneficios de cuidado infantil conforme a 922 KAR 2:020.

Firme Aquí _____ La Fecha de Hoy _____

Si usted está insatisfecho con la acción que se toma, puede pedir una audiencia administrativa conforme a 922 KAR 1:320, Apelaciones de Servicios, dentro de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de esta notificación al presentar una Solicitud de Apelación de Servicios de Cuidado Infantil (DCC-88) a la Oficina del Defensor del Pueblo (*Ombudsman*), 275 East Main Street, 1E-B, Frankfort, KY 40621. **SI PRESENTA UNA SOLICITUD POR ESCRITO PARA UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN ADVERSA.**

Para la resolución de un asunto que no está sujeto a la revisión a través de una audiencia administrativa, usted puede presentar una solicitud de una resolución de conflictos informal a su Agente de Servicios.