

Solicitud de Ayuda Subvencionada para Cuidado Infantil

FECHA: _____

TODAS LAS VERIFICACIONES REQUERIDAS (ingresos, horario de clases, etc.) **TIENEN QUE SER RECIBIDAS DENTRO DE TREINTA (30) DÍAS** después de la solicitud. Sin verificación completa, su solicitud será negada.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del 2.º Nombre	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Sexo
Número de Seguro Social	Raza	Número de Caso			
Dirección del Hogar	Dirección Postal		Número de Teléfono		
			Condado de Residencia		
Nombre de Otro Adulto Responsable	Número de Seguro Social	Fec. Nac.	Raza	Estado Civil	Sexo

NIÑO(S) QUE NECESITA(N) EL CUIDADO:

NOMBRE DEL NIÑO	Número de Seguro Social	Fec. Nac.	SEXO	RAZA	Ciudadano	RELACIÓN AL SOLICITANTE	TIPO DE ELEGIBILIDAD

OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del 2.º Nombre	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social



Solicitud de Ayuda Subvencionada para Cuidado Infantil

INFORMACIÓN DE EMPLEO/CAPACITACIÓN:

Salarios o Trabajo por Cuenta Propia:

Jefe de Familia: *Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre*

Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	N.º de Teléfono del Empleador	Horas por Semana	Salario por Hora	Salario por Mes

Adulto Responsable: *Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre*

Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	N.º de Teléfono del Empleador	Horas por Semana	Salario por Hora	Salario por Mes

CAPACITACIÓN:

Nombre del Estudiante	Lugar de la Capacitación	Horas Por Semana	Fecha de Inicio de Sesión/ Semestre	Fecha de Terminación de Sesión/Semestre	Número de Teléfono	¿Qué es lo que está estudiando?

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO:

TIPO DE INGRESO	SÍ	NO	CANTIDAD	Con Qué Frecuencia	Quién lo Recibe
Manutención Infantil (<i>Child Support</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pensión Alimenticia (<i>Alimony</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ayuda Pública (KTAP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Jubilación Ferroviaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SSA/RSDI (Seguro Social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Beneficios a Veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Compensaciones a los Trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro (Intereses, Dividendo, Pensión, Anualidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

AYUDA A FAMILIAS:

Cupones para Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ayuda de Vivienda (Sección 8)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

DEDUCCIONES DE LA FAMILIA (MANUTENCIÓN INFANTIL O GASTOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA):

Nombre del Adulto	Tipo de Dedución	Cantidad	Frecuencia de Pago

Solicitud de Ayuda Subvencionada para Cuidado Infantil

Responsabilidades del Solicitante

- Usted tiene que proporcionar cualquier documento que requiera su trabajador de caso para determinar su elegibilidad. Si su caso es aprobado, usted tiene que completar una redeterminación anual de la elegibilidad.
- Tiene que trabajar un promedio de veinte (20) horas por semana si es aprobado para recibir servicios de cuidado infantil como una familia que trabaja con ingresos bajos. Si recibe KTAP, el trabajador de caso que lo atiende con los beneficios de KTAP y requisitos de *Kentucky Works* (Kentucky Trabaja) le aconsejará acerca del número de horas en que tiene que participar en el trabajo o en actividades relacionadas con el trabajo. Las familias con dos (2) padres tienen que trabajar un promedio combinado de cuarenta (40) horas por semana con ninguno de los padres trabajando menos de un promedio de cinco (5) horas por semana a menos que un (1) adulto sea verificado como física o mentalmente incapaz de proveer cuidado para los niños.
- Tiene que informar cualquier cambio en su situación a su trabajador de caso dentro de diez (10) días después de que usted llega a saber del cambio. Los cambios que tienen que ser informados incluyen:
 - Comienzo o terminación de un trabajo;
 - Cambio de empleador o trabajos adicionales;
 - Más o menos horas trabajadas;
 - Aumento o reducción en el pago;
 - Más o menos personas en su hogar;
 - Trabajo por cuenta propia;
 - Cambio en el horario de cuidado infantil;
 - Comienzo o terminación de actividad educativa;
 - Cambio de proveedor de cuidado infantil;
 - Dirección postal donde vive;
 - Estado Civil; o
 - Comienzo o terminación de recibir ingresos no derivados del trabajo.
- Tiene que asegurarse de que su niño asista al cuidado infantil conforme a las políticas del proveedor y el Acuerdo de Cuidado Infantil. Se requiere documentación para una ausencia prolongada de un niño.
- Usted es responsable de los cargos de proveedores que exceden el pago diario total (cargos adicionales), de pagar un copago familiar y de pagar por los días en que los niños no asisten al cuidado los cuales no son pagados por el Gabinete de acuerdo con las estipulaciones de 922 KAR 2:160. El fallo en pagar su copago a su proveedor puede tener como resultado la pérdida de su Ayuda para Cuidado Infantil.
- Usted podría ser responsable de pagar cuotas cobradas por su proveedor de cuidado infantil.
- No se permitirá que usted haga más de tres (3) cambios de proveedores por año (período de doce (12) meses).
- A menos que exista una orden judicial, o una discapacidad documentada, la Ayuda para Cuidado Infantil será suspendida en el decimotercer (13^{er}) cumpleaños del niño.
- Si usted opta por usar Cuidado Infantil en el Hogar, usted es responsable de todos los beneficios aplicables a los empleados para el proveedor de cuidado infantil.
- Si se pagan beneficios a nombre de usted por error, se requerirá que usted pague la cantidad sobrepagada conforme a 922 KAR 2:020.

Derechos del Solicitante

- Entiendo que se tomará una decisión sobre esta solicitud dentro de treinta (30) días. Me van a avisar 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 servicio 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 servicio.

FIRMAS

Entiendo que dentro de treinta (30) días me avisarán acerca de mi elegibilidad para recibir cuidado infantil. El Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia (o la agencia contratada que este designa) me ha asegurado acerca de su intención de cumplir 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.

Solicitud de Ayuda Subvencionada para Cuidado Infantil

Certifico que todos los datos han sido leídos por mí o a mí y que son correctos y verdaderos según mi leal saber y entender. Declaro, bajo penalidad de perjurio, que el (los) niño(s) que pide(n) ayuda es (son) ciudadano(s) de los EE. UU. o está(n) admitido(s) bajo un estatus de extranjero aprobado. Entiendo que la información en esta solicitud se usa para determinar si soy elegible para beneficios del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad. Entiendo que si doy información falsa o retengo información cuando acepto la ayuda, puedo estar sujeto a un procesamiento penal por fraude. También he leído, o me han leído, la explicación de mis derechos y obligaciones como solicitante al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad.

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 a: Seguro Social, IRS, SSI, registros de salarios, seguro de desempleo y otras comparaciones 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.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de Agente de Servicios: _____ Fecha: _____

Si usted está insatisfecho con la acción tomada, puede pedir una audiencia administrativa conforme a 922 KAR 1:320, Apelaciones de Servicio, dentro de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de este aviso al presentar una Solicitud de Apelación de Servicio de Cuidado Infantil (DCC-88) a la Oficina del Defensor del Pueblo (*Ombudsman* en inglés), 275 East Main Street, 1E-B, Frankfort, KY 40621. **SI USTED PRESENTA UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA, POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DEL AVISO DE 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 resolución de conflictos informal a su Agente de Servicios.