



PLANILLA PARA EL PADRE/SOLICITANTE

Formulario del Estado 56907 (R / 5-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Nombre del padre/solicitante	Número del Sistema Automático de Consultas (AIS, por sus siglas en inglés)	Fecha de nacimiento del padre/solicitante (mes, día, año)	Número telefónico del hogar ()	Otro teléfono o número de contacto ()
Domicilio (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado	¿Es una dirección nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correspondencia (si es distinta a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Idioma principal que habla	Dirección de correo electrónico

ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre, apellido	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Relación con el padre/solicitante	¿Trabaja?	¿Va a la escuela?	Curso más alto que haya completado	Horas que trabaja o está en la escuela por semana	Horas que dedica a viajar por semana	Horas que dedica al estudio por semana	Días por semana en los que necesita atención (D, L, M, Mi, J, V, S)
SOLICITANTE			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

NIÑO QUE VIVE EN EL HOGAR

Nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/solicitante	¿El niño necesita cuidado?	¿Cuál de los padres vive en el hogar?	Hora de ingreso más temprana	Hora de salida más tardía	¿Hay otro cuidador infantil?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE INGRESOS: incluye todos los ingresos que haya recibido en los últimos sesenta (60) días.

Origen del ingreso	Monto mensual	De quién	Verificación que debe adjuntarse	Origen del ingreso	Monto mensual	De quién	Verificación que debe adjuntarse
Pensión alimentaria			Debe mencionarse un importe, aunque sea cero (0)	Remuneraciones / salario			Talón de pago o cheque cancelado (frente y atrás) y formulario de detalle de remuneraciones (si corresponde)
Seguro social			Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia	Asistencia de vivienda			Ninguna
Seguridad de Ingreso			Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia	Cupones de alimento			Ninguna
TANF			Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia	Trabajo Estudio			Ninguna
Desempleo			Enlace de página de inicio del demandante o verificación de la agencia	Otro			Adjuntar información correspondiente

RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿En qué distrito escolar vive?	2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o para víctimas de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Está viviendo en su automóvil, en un parque o en otro espacio público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Dónde vive su familia?	6. ¿Alguno de los niños de su solicitud es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos del Servicio Militar de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos de la Guardia o la Reserva Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene bienes por un valor que supere a un (1) millón de dólares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PADRE O SOLICITANTE

Comprendo que la información siguiente corresponde a mi tarjeta Hoosier Works for Child Care (HWCC) y que registra la asistencia de mi hijo:

- Comprendo que estaré obligado a documentar por vía electrónica la información de asistencia de mi(s) niño(s). Solo usaré mi tarjeta Hoosier Work for Child Care para documentar la asistencia cuando verdaderamente refleje la atención recibida.
- Comprendo que si no hago uso de mi asistencia para el cuidado infantil dentro de los sesenta (60) días, quedará sin vigencia.
- Comprendo que podré documentar electrónicamente, o de cualquier otra manera, la asistencia de mi hijo cuando concorra al lugar al que fue asignado mi cupón.
- Comprendo que no puedo dejar mi tarjeta Hoosier Works for Child Care con el proveedor de cuidados infantiles de mi hijo. Acepto mantener confidencial mi número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés), ya que es mi firma electrónica. Comprendo que no cumplir con todo esto puede producir la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil y el reembolso de la asistencia para el cuidado infantil que se haya pagado en mi nombre.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar a la admisión si pierdo o me roban la tarjeta Hoosier Works for Child Care.
- Comprendo que puedo utilizar hasta veinte (20) días personales. Las solicitudes de días personales se utilizarán a mi criterio en los días en los que el proveedor estaba abierto y mi(s) niño(s) debía(n) asistir, pero no lo hizo (hicieron) en ningún momento del día.

Comprendo la siguiente información con respecto a mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios CCDF:

- Comprendo que es mi responsabilidad proveer al agente de admisión información completa y precisa, por ejemplo, sobre mis ingresos y cómo está compuesta mi familia. Comprendo que se me pedirá que envíe prueba de la información suministrada.
- Comprendo que es posible que me pidan que verifique estas declaraciones y que dé mi consentimiento a la agencia, desde donde pido los servicios, para hacer cualquier contacto que sea necesario y verificar las declaraciones.
- Comprendo que la asistencia infantil subsidiada no comenzará hasta que se hayan completado todos los formularios y haya recibido notificación escrita por parte de la Oficina o su representante.
- Comprendo que debo informar al agente de admisiones cuando concluya mi necesidad de recibir servicios, cuando cambie mi estado de TANF, cuando cambie la composición de mi familia, si me mudo a otro estado o cambio mi número telefónico, tengo bienes por un total que supera al un (1) millón de dólares o si se produce un cambio en mis ingresos que supere el 85% del ingreso promedio del estado (State median income, SMI), dentro de los diez (10) días corridos a partir de que se produce el cambio y también debo presentar documentación respaldatoria, si es necesario.
- Comprendo que quizás se me pida que colabore con el personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que si no colaboro, podría quedar excluido del programa.

Comprendo las siguientes situaciones con respecto a mi proveedor de servicios para el cuidado infantil:

- Comprendo que debo solicitar el cambio de proveedor enviando una Página de Información del Proveedor completa y actualizada a la Oficina de Admisiones de CCDF antes del mediodía del día anterior al último día laborable de la semana.
- Comprendo que la elección del cuidador no es solamente una elección mía, sino una responsabilidad.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar cualquier tipo de sospecha de abuso infantil o negligencia a la autoridad correspondiente y los demás tienen la misma responsabilidad con respecto a mis hijos.
- Comprendo que el reembolso por el cuidado de mi hijo se hará directamente al proveedor, a menos que el cuidado lo brinde en mi hogar una persona que no viva allí, en esa situación, el pago se me hará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados y también cualquier copago. También comprendo que es mi responsabilidad retener y hacer cualquier pago que corresponda al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) por el proveedor de cuidado infantil y presentar el informe de final de año al IRS.
- Comprendo que los padres, padrastros o tutores no recibirán pago por ser cuidadores de sus propios hijos.
- Comprendo que no pagar cualquiera de los copagos por cuidado infantil podría hacer que mi familia quede eliminada de esta asistencia financiera.

Comprendo mis derechos para recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF:

- Comprendo que la información que concierne a mi familia con respecto al programa de cupones CCDF, y los servicios que recibo, se tratarán como confidenciales y se utilizarán únicamente para administrar el programa de cupones CCDF.
- Comprendo mi derecho a presentar un reclamo por escrito.
- Comprendo que puedo enviar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con alguna acción que se tome con respecto a mi elegibilidad para CCDF.

Comprendo que mi beneficio de cuidado infantil podría ser cancelado por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de más información con respecto a la determinación de elegibilidad, por parte de la Oficina o sus agentes, dentro del plazo exigido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días desde el primer pago omitido.
- No documentar la asistencia del niño al CCDF elegible, de la manera en que lo exige la Oficina.
- No reembolsar completamente al proveedor domiciliario elegible de CCDF (niñera).
- Enviar reclamos de asistencia por el plazo en el que el niño no asistió al CCDF elegible, a excepción de las vacaciones aprobadas y los días personales, según permita la Oficina.
- Permitir que una persona no autorizada, incluso el proveedor de cuidado infantiles elegible de CCDF, posea una tarjeta de CCDF, el número de una tarjeta, o un número de identificación personal, contraseña o cualquier otra herramienta para ingresar electrónicamente información de asistencia, según corresponda.
- No mantenerse actualizado en cualquier acuerdo de reembolso existente que haya determinado la Oficina.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

Comprendo que mi asistencia infantil será cancelada por cualquiera de los siguientes motivos:

- Exceso de ausencias no justificadas.
- Cambio de domicilio, fuera del estado.
- Fraude conformado o violaciones intencionales al programa.
- No brindar información completa al momento de pedir autorización o hacer actualización.
- El ingreso familiar de CCDF no cumple con los criterios financieros de elegibilidad.
- El hogar CCDF no cumple con los requisitos de servicio.
- El copago excede al subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

