



4-C: Community Coordinated Child Care

155 North Third Street, Suite 300

DeKalb, Illinois 60115

(815) 758-8149 or (800) 848-8727

Fax: (815) 758-5652

www.four-c.org

ATENCIÓN

Gracias por ponerse en contacto con 4-C acerca del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil por el Departamento de Servicios Humanos. Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor de comunicarse con nosotros llamando al número que se encuentra escrito abajo de esta página, entre las horas de 8:30 am a 4:30 pm, Lunes a Viernes.

A continuación se incluyen sugerencias para ayudarle a completar su solicitud. Por favor de también leer la página azul que tiene las instrucciones de la solicitud de Cuidado De Niños y las Preguntas Comunes Sobre Cuidado De Niños para obtener información adicional.

1. Para poder procesar su solicitud usted tiene que tener un proveedor. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor en el Condado de McHenry por favor llame al 815-344-5510 ó al 866-347-2277 sin cobro. Para los Condados de DeKalb, Carroll, Lee, Ogle, y Whiteside por favor llame al 815-758-8149 ó al 800-848-8727. Por favor de llamar al número local cuando sea posible.
2. Recuerde de entregar los formularios completamente llenados con copias de sus talones de cheque más recientes y consecutivos.
3. Si usted no ha sido empleado por suficiente tiempo para obtener dos talones de cheque, por favor incluya el formulario de verificación de ingresos. **Si ha sido empleado por suficiente tiempo para recibir dos talones de cheque, no podremos aceptar el formulario de verificación de ingresos.**
4. Si usted está usando el formulario de verificación de ingresos porque le pagan en efectivo, dígame a su empleador que marque la casilla que indica que se le paga en efectivo.
5. Si usted es estudiante y todavía no se ha comunicado con la oficina de 4-C en DeKalb, por favor comuníquese con nuestra oficina para que sepa los requisitos para los estudiantes de la preparatoria y colegio.
6. Si elije no anotar los números de seguro social de sus hijos, necesitará incluir una copia del acta de nacimiento oficial.

Si tiene preguntas, por favor llame al:

800-848-8727 ó 815-758-8149

Ext. 240 ó 231

Celebrating over 35 Years of Service to Children and Families





IMPORTANT PARENT CO-PAYMENT INFORMATION

Effective May 1, 2010

During the period May 1, 2010 through September 30, 2011 or as long as American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) funds are available, parent co-payment amounts are being reduced as listed below.

- * Parents who have been approved for child care benefits are required to help pay for the cost of their child care.
- * You MUST make a payment, called the Parent Co-Payment, to your child care provider each month.
- * The amount of your parent co-payment is shown on the Approval Notice.
- * The Department will pay your provider directly for the remaining child care charges up to the maximum rate. The Department will not pay for any child care charges over the maximum rate.
- * Your provider will tell you when to pay the parent co-payment, each week or once a month. The total co-payment amount you pay your provider each month should be the same as the monthly co-payment amount listed on the Approval Notice.
- * If you have more than one provider, only one provider will be assigned to collect the parent co-payment. The amount of the parent co-payment will be shown on the Approval Notice for the provider assigned to collect the parent co-payment. The Approval Notice will show if the provider is not assigned to collect the parent co-payment.
- * The amount of your parent co-payment is based on gross monthly income, family size, and number of children receiving child care.

Family Size 2	
Monthly Income	1 CHILD
	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 122	1.00
123 - 243	1.00
244 - 365	1.00
366 - 486	1.00
487 - 608	1.00
609 - 729	7.00
730 - 850	9.00
851 - 972	10.00
973 - 1,093	11.00
1,094 - 1,215	12.00
1,216 - 1,336	27.00
1,337 - 1,457	36.00
1,458 - 1,579	43.00
1,580 - 1,700	51.00
1,701 - 1,822	59.00
1,823 - 1,943	68.00
1,944 - 2,065	77.00
2,066 - 2,186	87.00
2,187 - 2,307	98.00
2,308 - 2,429	109.00

Family Size 3		
Monthly Income	1 CHILD	2 CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 153	1.00	2.00
154 - 306	1.00	2.00
307 - 458	1.00	2.00
459 - 611	1.00	2.00
612 - 763	1.00	2.00
764 - 916	9.00	10.00
917 - 1,069	11.00	12.00
1,070 - 1,221	12.00	13.00
1,222 - 1,374	14.00	15.00
1,375 - 1,526	15.00	16.00
1,527 - 1,679	34.00	35.00
1,680 - 1,831	46.00	47.00
1,832 - 1,984	55.00	56.00
1,985 - 2,137	64.00	65.00
2,138 - 2,289	74.00	75.00
2,290 - 2,442	85.00	86.00
2,443 - 2,594	97.00	98.00
2,595 - 2,747	110.00	111.00
2,748 - 2,900	123.00	124.00
2,901 - 3,052	137.00	138.00



IMPORTANT PARENT CO-PAYMENT INFORMATION

Effective May 1, 2010

Family Size 4		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 184	1.00	2.00
185 - 368	1.00	2.00
369 - 552	1.00	2.00
553 - 735	1.00	2.00
736 - 919	1.00	2.00
920 - 1,103	11.00	12.00
1,104 - 1,287	13.00	14.00
1,288 - 1,470	15.00	16.00
1,471 - 1,654	17.00	18.00
1,655 - 1,838	18.00	19.00
1,839 - 2,022	40.00	41.00
2,023 - 2,205	55.00	56.00
2,206 - 2,389	66.00	67.00
2,390 - 2,573	77.00	78.00
2,574 - 2,757	90.00	91.00
2,758 - 2,940	103.00	104.00
2,941 - 3,124	117.00	118.00
3,125 - 3,308	132.00	133.00
3,309 - 3,492	148.00	149.00
3,493 - 3,675	165.00	166.00

Family Size 5		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 215	1.00	2.00
216 - 430	1.00	2.00
431 - 645	1.00	2.00
646 - 860	1.00	2.00
861 - 1,075	1.00	2.00
1,076 - 1,290	13.00	14.00
1,291 - 1,505	15.00	16.00
1,506 - 1,720	17.00	18.00
1,721 - 1,935	19.00	20.00
1,936 - 2,150	22.00	23.00
2,151 - 2,365	47.00	48.00
2,366 - 2,579	64.00	65.00
2,580 - 2,794	77.00	78.00
2,795 - 3,009	90.00	91.00
3,010 - 3,224	105.00	106.00
3,225 - 3,439	120.00	121.00
3,440 - 3,654	137.00	138.00
3,655 - 3,869	155.00	156.00
3,870 - 4,084	174.00	175.00
4,085 - 4,299	193.00	194.00

Family Size 6		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 247	1.00	2.00
248 - 493	1.00	2.00
494 - 739	1.00	2.00
740 - 985	1.00	2.00
986 - 1,231	1.00	2.00
1,232 - 1,477	15.00	16.00
1,478 - 1,723	17.00	18.00
1,724 - 1,969	20.00	21.00
1,970 - 2,215	22.00	23.00
2,216 - 2,461	25.00	26.00
2,462 - 2,707	54.00	55.00
2,708 - 2,953	74.00	75.00
2,954 - 3,200	88.00	89.00
3,201 - 3,446	103.00	104.00
3,447 - 3,692	120.00	121.00
3,693 - 3,938	138.00	139.00
3,939 - 4,184	157.00	158.00
4,185 - 4,430	177.00	178.00
4,431 - 4,676	199.00	200.00
4,677 - 4,922	221.00	222.00

Family Size 7		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 278	1.00	2.00
279 - 555	1.00	2.00
556 - 832	1.00	2.00
833 - 1,109	1.00	2.00
1,110 - 1,387	1.00	2.00
1,388 - 1,664	17.00	18.00
1,665 - 1,941	19.00	20.00
1,942 - 2,218	22.00	23.00
2,219 - 2,496	25.00	26.00
2,497 - 2,773	28.00	29.00
2,774 - 3,050	61.00	62.00
3,051 - 3,327	83.00	84.00
3,328 - 3,605	99.00	100.00
3,606 - 3,882	116.00	117.00
3,883 - 4,159	135.00	136.00
4,160 - 4,436	155.00	156.00
4,437 - 4,714	177.00	178.00
4,715 - 4,991	200.00	201.00
4,992 - 5,268	224.00	225.00
5,269 - 5,545	250.00	251.00



IMPORTANT PARENT CO-PAYMENT INFORMATION

Effective May 1, 2010

Family Size 8		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 309	1.00	2.00
310 - 617	1.00	2.00
618 - 926	1.00	2.00
927 - 1,234	1.00	2.00
1,235 - 1,543	1.00	2.00
1,544 - 1,851	19.00	20.00
1,852 - 2,159	22.00	23.00
2,160 - 2,468	25.00	26.00
2,469 - 2,776	28.00	29.00
2,777 - 3,085	31.00	32.00
3,086 - 3,393	68.00	69.00
3,394 - 3,701	93.00	94.00
3,702 - 4,010	110.00	111.00
4,011 - 4,318	130.00	131.00
4,319 - 4,627	150.00	151.00
4,628 - 4,935	173.00	174.00
4,936 - 5,244	197.00	198.00
5,245 - 5,552	222.00	223.00
5,553 - 5,860	249.00	250.00
5,861 - 6,169	278.00	279.00

Family Size 9		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 340	1.00	2.00
341 - 680	1.00	2.00
681 - 1,019	1.00	2.00
1,020 - 1,359	1.00	2.00
1,360 - 1,698	1.00	2.00
1,699 - 2,038	20.00	21.00
2,039 - 2,378	24.00	25.00
2,379 - 2,717	27.00	28.00
2,718 - 3,057	31.00	32.00
3,058 - 3,396	34.00	35.00
3,397 - 3,736	75.00	76.00
3,737 - 4,075	102.00	103.00
4,076 - 4,415	121.00	122.00
4,416 - 4,755	143.00	144.00
4,756 - 5,094	166.00	167.00
5,095 - 5,434	190.00	191.00
5,435 - 5,773	216.00	217.00
5,774 - 6,113	245.00	246.00
6,114 - 6,453	274.00	275.00
6,454 - 6,792	306.00	307.00

Family Size 10		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 371	1.00	2.00
372 - 742	1.00	2.00
743 - 1,113	1.00	2.00
1,114 - 1,483	1.00	2.00
1,484 - 1,854	1.00	2.00
1,855 - 2,225	22.00	23.00
2,226 - 2,596	26.00	27.00
2,597 - 2,966	30.00	31.00
2,967 - 3,337	33.00	34.00
3,338 - 3,708	37.00	38.00
3,709 - 4,079	82.00	83.00
4,080 - 4,449	111.00	112.00
4,450 - 4,820	133.00	134.00
4,821 - 5,191	156.00	157.00
5,192 - 5,562	181.00	182.00
5,563 - 5,932	208.00	209.00
5,933 - 6,303	236.00	237.00
6,304 - 6,674	267.00	268.00
6,675 - 7,045	299.00	300.00
7,046 - 7,415	334.00	335.00

Family Size 11		
Monthly Income	1 CHILD	2 OR MORE CHILDREN
	Monthly Co-Pay	Monthly Co-Pay
\$ 0 - 402	1.00	2.00
403 - 804	1.00	2.00
805 - 1,206	1.00	2.00
1,207 - 1,608	1.00	2.00
1,609 - 2,010	1.00	2.00
2,011 - 2,412	24.00	25.00
2,413 - 2,814	28.00	29.00
2,815 - 3,216	32.00	33.00
3,217 - 3,618	36.00	37.00
3,619 - 4,020	40.00	41.00
4,021 - 4,422	88.00	89.00
4,423 - 4,823	121.00	122.00
4,824 - 5,225	144.00	145.00
5,226 - 5,627	169.00	170.00
5,628 - 6,029	196.00	197.00
6,030 - 6,431	225.00	226.00
6,432 - 6,833	256.00	257.00
6,834 - 7,235	289.00	290.00
7,236 - 7,637	325.00	326.00
7,638 - 8,039	362.00	363.00



Solicitud Para Cuidado de Niños

INSTRUCCIONES

GUARDE EN SUS REGISTROS

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. Llame al CCR&R o al centro / hogar con contrato si quiere saber si es elegible o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud. Si no sabe el número de teléfono de su CCR&R, por favor llame al 1-877-202-4453 (llamada gratis).

1. Usted debe contestar **TODAS** las preguntas de la solicitud, a menos que las instrucciones indiquen que deje la pregunta en blanco. Si usted piensa que la pregunta no aplica a usted, debe escribir "N/A". **Si no contesta todas las preguntas, ni provee los documentos necesarios, su solicitud puede ser devuelta y pueden demorarse los pagos a su proveedor de cuidado de niños. La información provista será revisada usando colección de datos del Estado y otros, y si descubren inconsistencias, el proceso de su solicitud puede demorarse o negarse.**
2. En este momento, no se requieren los números de Seguro Social para determinar la elegibilidad de cuidado de niños y no se negará la elegibilidad debido a no proveer esta información. Los números de Seguro Social se usan para coleccionar muestrarios de datos para investigación que no identifican a los individuos y para verificar ingresos. Los números de Seguro Social se revelarán para propósitos administrativos solamente y son confidenciales.
3. Se requiere que le preguntemos si su niño es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero registrado. Su niño puede recibir asistencia para guardería o cuidado de niños aunque no sea ciudadano de los Estados Unidos / o extranjero registrado. **No** compartiremos ninguna de la información que usted nos provee sobre el estatus de ciudadanía. Si su niño es un extranjero calificado, usted debe proveernos el número de registro de extranjería o número de seguro social.
4. Escriba sus respuestas con tinta azul o negra. Todas las firmas deben estar en tinta azul o negra. Envíe la solicitud por correo o llévela a su CCR&R o al centro / hogar con contrato.
5. **Asegúrese guardar una fotocopia de su solicitud completada. Envíenos fotocopias (no originales) de los documentos que usted somete, tales como talones de cheque u horarios de escuela, ya que estos no serán devueltos. Pero, el CCR&R puede pedirle un documento original si es necesario.**
6. Cada uno de los proveedores de cuidado de sus niños DEBE:
 - * completar las página 9, 10 y 11 de la solicitud con su proveedor **Y** si su proveedor no ha presentado previamente los documentos a continuación:
 - * presente o envíe un formulario de impuestos W-9
 - * los **centros exentos de licencia** también deben proveer:
 - un formulario Sistema de Rastreo, Información Sobre Abuso y Negligencia de Menores (Child Abuse and Neglect Tracking System - CANTS) completado para todos sus empleados y
 - un formulario completado de Certificación Propia para Centro de Cuidado de Niños Exentos de Licencia
 - * **los proveedores en el hogar exentos de licencia** también deben proveer:
 - un formulario CANTS completado. Si su proveedor esta proveyendo cuidado en su hogar, el formulario CANTS tiene que ser completado por todos los que viven en el hogar que tienen 13 años de edad o son mayores.
 - una copia válida de una identificación con foto, y
 - una copia de la tarjeta de Seguro Social.



Solicitud Para Cuidado de Niños

Si usted necesita cuidado de niños debido a que TRABAJA fuera del hogar.

Debe enviar **FOTOCOPIAS** de sus 2 talones de cheques de pagos más recientes.

Si no tiene copias de 2 talones de cheques más recientes, aceptaremos otros documentos por las razones siguientes:

- A usted le pagan al contado o con cheques personales
- Usted es un empleado nuevo.

Otra documentación que verifique empleo si a usted le pagan al contado / cheque personal o es un empleado nuevo que aún no ha recibido 2 talones de cheques, incluye:

- Carta del empleador. Esta carta debe tener membrete de la compañía e incluir la siguiente información.
 - fecha que empezó el empleo
 - salario por hora
 - total de horas que trabaja por semana & número de días que trabaja por semana
 - su ingreso bruto (sin descontar deducciones)
 - el número FEIN o Número de Seguro Social (opcional) del empleador
 - número de teléfono y dirección del empleador
 - debe estar firmada y fechada por su empleador
- Formulario para Verificación de Ingresos
 - Usted puede obtener un formulario llamando al CCR&R. Su empleador debe completar este formulario.

Usted debe enviar sus 2 primeros talones de cheques cuando los reciba.

SI USTED TIENE NEGOCIO PROPIO O TRABAJA POR SU CUENTA

Sus ingresos tienen que ser verificados, envíe su Declaración de Impuestos Federales (IRS 1040) más reciente y todo lo que aplica tal como formularios o informes trimestrales, cálculos para registrar impuestos. Si usted aún no tiene esto, puede verificar sus ingresos enviando registros de su negocio, recibos, listas y cartas de clientes de los últimos 30 días. Puede pedir un formulario para negocio propio a su CCR&R. IDHS sólo aprueba cuidado de niños a los padres / madres que trabajan fuera del hogar.

CUANDO CAMBIAN SUS INGRESOS, USTED DEBE NOTIFICAR AL CCR&R O COMUNICARSE CON EL CENTRO / HOGAR DENTRO DE LOS 10 DIAS, YA QUE SU CUOTA Y SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑOS SE BASAN EN SU INGRESO ACTUAL

Si usted necesita cuidado de niños porque es un **PADRE / MADRE JOVEN (menos de 20 años) Y ASISTE A LA ESCUELA SECUNDARIA O PROGRAMA DE EDUCACIÓN GENERAL (GED)**

Usted debe someter prueba de que está en la escuela, tal como su horario oficial con su nombre o una carta de la escuela con su nombre y firmada.

Si usted necesita cuidado de niños para **IR A LA ESCUELA, ENTRENAMIENTO U OTRA ACTIVIDAD RELACIONADA A TRABAJO (tal como Work First) fuera del hogar, y usted no es un padre / madre joven en la escuela secundaria o**

Requisitos especiales para Clientes TANF:

Usted debe demostrar que su trabajador(a) ha aprobado su actividad enviando un Horario Oficial de Clases (si usted está en la escuela) y cualquiera de los siguientes documentos:

- una copia de su Plan de Responsabilidad y Servicio (RSP) (Formulario 4003);
- una copia de un Formulario de Referencia IDHS (Formulario 2151);
- una copia de un Formulario de Referencia de contrato del proveedor (Formulario 2151A); o
- una copia de un Formulario de Aviso de Informe de Contrato de Empleo del IDHS (Formulario 3085).

Requisitos especiales para Clientes que **NO** reciben Asistencia Económica TANF:

El programa al cual usted asiste debe ser acreditado bajo los requisitos de la ley del estado. Usted debe proveer un Horario Oficial de Clases y una copia de:

- * Carta de Confirmación del programa de entrenamiento
- * Formulario / Reporte de calificaciones
- * Registro / Información sobre internados, estudiante / práctica para maestro

Si está registrado(a) en un programa más bajo que un programa después de la escuela secundaria, tal como educación general (GED) o Inglés como Segundo Idioma (ESL) o en un programa de entrenamiento ocupacional o vocacional, usted debe mantener un promedio de C. Los programas de entrenamiento ocupacionales y vocacionales no tienen un requisito de trabajo por los primeros 24 meses. Empezando en el mes número 25, usted debe trabajar por lo menos 20 horas por semana.

Si usted está en un programa de título universitario de 2 o 4 años, usted debe mantener un promedio acumulativo de 2.5 puntos de promedio (GPA) en escala de 4.0. Sin embargo, si usted trabaja 20 horas o más por semana, puede tener un promedio de 2.0 de grado promedio (GPA). No hay requisito de trabajo por los primeros 48 meses o participación. Comenzando en el mes número 49, usted debe trabajar por lo menos 20 horas por semana.



Solicitud Para Cuidado de Niños

Aviso Importante: Los beneficios para Cuidado de Niños no pueden comenzar antes de solicitarlos. Envíe su solicitud inmediatamente.

Dirección del/la Solicitante:

Devuelva la Solicitud completada a:

RECUERDE, Antes de Enviar por correo:

- ¿Usted y su proveedor firmaron la página número 11?
- ¿Incluyó copias de sus 2 talones de cheques más recientes? (si usted empezó a trabajar recientemente y no tiene talones de cheques, incluya una carta de su empleador)
- Si es esta es una solicitud de colaboración , marcó usted la página 10?

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CON TINTA. Por favor lea las instrucciones adjuntas antes de completar este formulario.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Padre / Madre / Tutor:		Inicial	Apellido		
Número de Seguro Social (Opcional)*	Número del Caso TANF, si aplica		Condado		
Dirección del Hogar		Apto. #	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal, si es diferente a la de arriba.			Ciudad	Estado	Zona Postal
Número de Teléfono del Hogar	Otro número a donde podamos llamarle		La mejor hora para llamarle		
	Correo Electrónico				
Fecha de Nac. del Padre/Madre/Tutor (Incluya Mes/Día/Año)			Marque uno: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Femenino		

* Los Números de Seguro Social no son requeridos en este momento para la elegibilidad de cuidado de niños y no se negará la elegibilidad debido a que no provea esta información. Los Números de Seguro Social son usados para reunir datos de investigación que no identifican a individuos ni verifican ingresos. Los Números de Seguro Social serán revelados sólo para propósitos administrativos y son confidenciales.



Solicitud Para Cuidado de Niños

INFORMACIÓN DE TRABAJO Nombre del Solicitante: _____
Si usted tiene más de un empleo, DEBE decírnos de todos los empleos aunque no necesite cuidado de niños para ese empleo. Haga una fotocopia de esta página y complete la información separada con su horario de empleo para cada empleo que usted tenga.

Empleador / 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, gano (escoja uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año

Me pagan (marque uno)	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	Número de horas que trabaja cada semana	Número de días que trabaja cada semana:
	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual		

¿Cuánto tiempo le toma viajar desde el proveedor de cuidado de niños al trabajo? _____

HORARIO DE TRABAJO: Por favor escriba su horario de trabajo (indique am o pm)

¿Cambia su horario? Por favor explique:		LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIERNES	SAB	DOM
	DESDE							
	HASTA							

Actualmente, ¿va a la escuela, entrenamiento o a una Actividad Requerida de TANF?

NO (Vaya a la Página 5.) Sí (Complete la siguiente Sección.)

ESCUELA / ENTRENAMIENTO / INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD REQUIERIDA DE TANF

TIPO DE EDUCACIÓN / ENTRENAMIENTO AL QUE ASISTE: (Marque uno)

<input type="checkbox"/> 1) Escuela Secundaria o GED	<input type="checkbox"/> 3) Ocupacional / Vocacional
<input type="checkbox"/> 2) Otro, Menos de Secundaria (Ejemplo, Edu. Básica Adultos o Inglés como Segundo Idioma)	<input type="checkbox"/> 4) Colegio Universitario 2 años
	<input type="checkbox"/> 5) Colegio Universitario de 4 años

Tipo de Título que obtiene _____

¿Se ha graduado usted? Sí No Si es sí, indique título o licenciaturas _____

Nombre de la Escuela / Programa de Entrenamiento al que asiste	Número de Teléfono	Fecha que Empezó	Fecha que Terminó
	Dirección	Ciudad	Estado

¿Cuánto tiempo le toma viajar desde el proveedor de cuidado de niños a la escuela? _____

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente (indique am o pm)

¿Cambia su horario? Por favor explique:		LUNES	MARTES	MIÉRC	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	Desde							
	Hasta							

CLIENTES TANF: Usted **DEBE proveer** Horario Oficial de Clases (si está en la escuela) y uno de lo siguiente. Marque lo que incluyó:

<input type="checkbox"/> Plan de Responsabilidad y Servicios (RSP) (Formulario 4003)	<input type="checkbox"/> Referencia a Proveedor Contratado (Formulario 2151A)
<input type="checkbox"/> Reporte de Contrato IDHS - Notificación de Empleo (Formulario 3085)	<input type="checkbox"/> Referencia IDHS (Formulario 2151)

CLIENTES QUE NO RECIBEN ASISTENCIA ECONÓMICA TANF: Usted DEBE proveer el Horario Oficial de Clases y una copia de: (marque lo que aplica)

<input type="checkbox"/> Carta de Confirmación del programa de entrenamiento	<input type="checkbox"/> Formulario - Reporte de calificaciones
<input type="checkbox"/> Registro / información de clase sobre internado, estudiante maestro, práctica de trabajo	



Solicitud Para Cuidado de Niños

SECCIÓN II - OTRA INFORMACIÓN DE PADRES / PADRASTROS / MADRASTRAS Nombre del Solicitante: _____

¿Vive en su hogar el otro padre/madre o padrastro/madrastra de algunos de los niños?

NO (Vaya a Información de Familia en la sección III.) Sí (Complete la siguiente Sección.)

OTRA INFORMACIÓN DE PADRES / PADRASTRO / MADRASTRA

¿Está trabajando el otro padre/madre/padrastro/madrastra? Sí No

¿Va a la escuela o programa de entrenamiento el otro padre/madre/padrastro-madrastra? Sí No

Si el otro padre/padrastro/madrastra no trabaja o no está en la escuela / programa de entrenamiento, por favor explique por qué no puede cuidar a los niños.

Nombre del otro Padre/Madre/padrastro-madrastra	Inicial	Apellido
Número de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nac. (mes/día/año)	Número de Teléfono

INFORMACIÓN DE TRABAJO (Si el otro padre/madre/padrastro-madrastra tiene más de un trabajo, DEBE decirnos de todos sus empleos. Haga **copias** de esta página y complete una hoja separada para cada empleo y horario de trabajo que él o ella tenga.)

Empleador/Nombre de la Compañía	Título de Trabajo		
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
Número de Teléfono del Trabajo	Ext.	Fecha que empezó este trabajo:	

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

Le pagan (marque uno) <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas	Número de horas que trabaja por semana	Número de días que trabaja cada semana:
<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> otro (por favor explique)		

¿Cuánto le toma ir del proveedor de cuidado al trabajo? _____

HORARIO DE TRABAJO: Por favor escriba su horario normal de trabajo (indique am o pm)

¿Cambia su horario de trabajo? Por favor explique:		LUNES	MARTES	MIÉRC	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	Desde							
	Hasta							



Solicitud Para Cuidado de Niños

INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF/ESCUELA/ENTRENAMIENTO Nombre del Solicitante: _____

TIPO DE EDUCACIÓN / ENTRENAMIENTO QUE ACTUALMENTE ASISTE: (Marque uno)

1) Escuela Secundaria o GED

2) Otro - menos de secundaria (Ejemplo, Edu. Básica Adultos o Inglés como Segundo Idioma)

3) Ocupacional / Vocacional

4) Colegio Universitario 2 años

5) Colegio Universitario de 4 años

Tipo Título o Licenciatura _____

¿Se ha graduado usted? Sí No Si es sí, Título o Licenciatura _____

Nombre de la Escuela/Programa de Entrenamiento que asiste	Número de Teléfono	Fecha que empezó	Fecha que termina
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal

¿Cuánto tiempo le toma viajar del proveedor de cuidado a la escuela? _____

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente (indique am o pm)

¿Cambia su horario? Por favor explique:		LUNES	MARTES	MIÉRC	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	DESDE							
	HASTA							

CLIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA ECONÓMICA TANF: Usted **DEBE** proveer un Horario Oficial de Clases (si asiste a la escuela) y uno de lo siguiente

- Plan de Responsabilidad y Servicios (RSP) (Formulario 4003) Referencia a Proveedor Contratado (Formulario 2151A)
- Reporte de Contrato IDHS - Notificación de Empleo (Formulario 3085) Remisión IDHS (Formulario 2151)

CLIENTES QUE NO RECIBEN ASISTENCIA ECONÓMICA TANF: Usted **DEBE** proveer un Horario Oficial de Clases y una copia de:(marque todo lo que aplica)

- Carta de Confirmación del programa de entrenamiento Formulario - Informe de Calificaciones
- Registro / información de clase sobre internado, estudiante maestro, práctica de trabajo



Solicitud Para Cuidado de Niños

SECCIÓN IV - INFORMACIÓN DE INGRESOS

Anote el ingreso mensual de todos los adultos de 19 años o más contados en el tamaño de su familia. Si el ingreso no aplica, escriba "N/A".

TIPO DE INGRESOS	SOLICITANTE	OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA
1. Ingreso Bruto de Empleo en talones de cheques (sin descontar deducciones e incluya propinas) . Anote ingreso de negocio propio abajo. Incluya copias de 2 talones de cheques recientes para cada persona.	\$	\$
2. Propinas (No incluidas en el talón de cheques)	\$	\$
3. Bonos, Participación en beneficios, o Comisión Recibida	\$	\$
4. Trabajos por su Cuenta o Negocio Propio	\$	\$
5. Manutención de Niños Recibida	\$	\$
6. TANF Cash Assistance	\$	\$
7. Otra asistencia Económica Federal: Por ejemplo, pagos del Seguro Social para todos los miembros de la familia y beneficios de ferrocarril.	\$	\$
8. Otro Ingreso mensual: Por ejemplo, intereses, regalías, pensiones, anualidades, pensión del cónyuge, pagos mensuales de asistencia por adopción del DCFS, compensación para desempleo, beneficios para sobrevivientes, pensión de veteranos, pagos por discapacidad permanente, porción para mantenerse de becas para estudiantes, ingresos de militares / para ropa, vivienda, etc. dietas para viajes y pagos de Americorp. .	\$	\$
SUBTOTAL (sume la línea 1 - 8)	\$	\$
RESTE: Manutención de Niños pagado por la familia del solicitante	\$	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	\$	\$
Asistencia económica para vivienda, incluyendo Vales con Valor Específico: (Se requiere sólo para Reporte Federal, no se considera en el total del Ingreso Mensual de su Familia.)		\$



Solicitud Para Cuidado de Niños

SECCIÓN V - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	Nombre del Solicitante: _____
Para ser completado por el Solicitante y el Proveedor de Servicios JUNTOS (Por favor escriba con letra de molde y tinta)	

¿Tiene usted más de un proveedor de cuidado de niños? Sí No
 Si es sí, anote su otro Proveedor(es): _____

Si es sí, **debe sacar** copias de las páginas 9, 10 y 11 y completar por separado el arreglo de cuidado de niños para cada proveedor.
 ¿Va alguno de sus otros niños a Head Start, Pre-Kindergarden, o Cuidado de Niños con otro proveedor no incluido en esta solicitud? Sí No
 Si es sí, anote el Nombre del otro Proveedor de Cuidado de Niños: _____

No se puede pagar a los padres ni padrastros / madrastras por proveer cuidado de niños a ningún niño en el hogar. Los proveedores deben tener por lo menos 18 años de edad y pasar el CANTS (Información sobre abuso y negligencia de menores) cada dos años.

Nombre del Proveedor	Si es un Centro de Cuidado de Niños, Nombre de Corporación
----------------------	--

Dirección	Núm. de Apartamento	Ciudad	Estado	Zona Postal
-----------	---------------------	--------	--------	-------------

Dirección Postal, si es diferente que la de arriba	Condado
--	---------

Número de Teléfono	Número Fax	Correo Electrónico:
--------------------	------------	---------------------

Fecha de nac. (No se requiere para Centros y Proveedores con Licencia) Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Debe Completar Uno:

Número de Seguro Social (Individuo o Propietario) _____

FEIN (Corporación, Sociedad o Propietario) _____

Código de Unidad de Gobierno (Escuela Pública o Distrito de Parques) _____

Escriba la fecha que el proveedor empezó o empezará a cuidar a los niños: (Incluya Mes/Día/Año) _____

ARREGLO PARA CUIDADO DE NIÑOS

Anote sólo a los niños que serán cuidados por ESTE proveedor (circule am o pm). Si sus niños van a **Head Start, Pre-K, en otro lugar durante el día, anote las horas del día en que están bajo el cuidado de este proveedor. Para niños en edad escolar, anote el número de horas que cuidan a los niños.**

		HORARIO TÍPICO DEL CUIDADO DE NIÑOS								TARIFA DIARIA DEL PROVEEDOR
NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRC	JUEVES	VIERNES	SÁBA		
		DESDE								
		HASTA								

¿El niño nombrado arriba asiste a la escuela? Sí No Todo el año ¿Está la escuela en el mismo sitio que el proveedor? Sí No

¿Qué horas asiste el niño a la escuela?

		DESDE								
		HASTA								

¿El niño nombrado arriba asiste a la escuela? Sí No Todo el año ¿Está la escuela en el mismo sitio que el proveedor? Sí No

¿Qué horas asiste el niño a la escuela?

		DESDE								
		HASTA								

¿El niño nombrado arriba asiste a la escuela? Sí No Todo el año ¿Está la escuela en el mismo sitio que el proveedor? Sí No

¿Qué horas asiste el niño a la escuela?

¿Cambia el horario del cuidado de niños? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es sí, por favor, explique: _____	¿Ofrece descuento por varios niños de la misma familia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es sí, por favor, explique: _____
--	---



Solicitud Para Cuidado de Niños

Nombre del Solicitante: _____

COLABORACIONES PARA CUIDADO DE NIÑOS

¿Es usted un Colaborador aprobado por IDHS para Cuidado de Niños? Sí No Marque lo que aplica: Head Start ISBE Pre-K

¿Cuánto tiempo es su programa? 9 Meses 12 Meses Otro _____

ARREGLOS PARA CUIDADO DE NIÑOS LEGAL

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

CENTROS Y PROVEEDORES CON LICENCIA

- Centro de Cuidado de Niños con Licencia (760)*
- Centro de Cuidado de Niños Excento de Licencia (761)
- Cuidado de Niños en Hogar con Licencia (762)*
- Cuidado de Niños (Grupo) en Hogar con Licencia (763)*

*INFORMACION DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA

(NO escriba el Número de Licencia de Cuidado para Padres de Crianza)

Número de Licencia: _____

Capacidad de Licencia: _____ Día _____ Noche

Caduca Licencia: _____

Horas que está Abierto: _____ Desde _____ Hasta

CUIDADO POR UN PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)

- En Hogar del Proveedor de Cuidado de Niños (765)
- En Hogar del Niño (767)

Mi parentesco con el/los niño(s) es: _____

CUIDADO PROPORCIONADO POR PERSONA QUE NO ES PARIENTE (NO SE REQUIERE LICENCIA)

- En Hogar del Proveedor de Cuidado de Niños (764)
- En Hogar del Niño (766)

SECCIÓN VI - CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Después de que haya leído las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Los padres tendrán acceso a sus niños, todo el tiempo sin restricción.
- * Todos los códigos de incendio, salud y seguridad locales y estatales han sido cumplidos
- * Dentro de los 90 días de haber firmado el formulario, todos los proveedores / empleados de cuidado de niños tendrán un examen de tuberculosis (TB) actual y un examen médico documentado en el registro del local / hogar. El examen de TB no debe ser antes de la fecha en que el proveedor / empleados empiecen a proveer los servicios de cuidado de niños.
- * Todos los materiales de limpieza, venenos y otros materiales peligrosos están guardados en áreas que no son accesibles a los niño(s).
- * No hay armas de fuego o municiones en el hogar, o las armas de fuego o municiones están en un gabinete cerrado con llave o guardados bajo llave todo el tiempo.
- * Los materiales de primeros auxilios están listos y disponibles.
- * No habrá castigo corporal.
- * Se proveerá a los niños juegos y actividades físicas diarias apropiadas para su desarrollo.
- * Los niños serán supervisados (dentro y fuera del lugar) todo el tiempo
- * Se proveerá a los niños meriendas nutritivas diariamente basado en el número de horas en el cuidado.
- * En los últimos cinco(5) años yo no he sido responsable de negligencia o abuso de niños, tampoco fui responsable por actos de abuso sexual ni de explotación sexual de niños en los últimos veinte (20) años o como de otra manera se establece en la Parte 431 del 89avo. Código Administrativo de Illinois. Yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias que verifique con el Sistema de Información Sobre Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para confirmar esta información para el Departamento de Servicios Humanos.

* ¿Ha sido usted convicto por algo que no sea una violación menor de tráfico? Sí No
Si es sí, por favor explique: _____

- * Todas las declaraciones provistas en este documento son verdaderas.
- * La información provista sobre mí es la verdad, es correcta y completa.
- * Entiendo que la información provista será verificada usando el sistema de datos del Estado y otros sistemas de datos .
- * Entiendo que la información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y pueden requerir me que verifique dicha información.
- * Entiendo que no me podrán pagar hasta que complete un formulario W-9 y esté certificado por la Oficina de la Contraloría.
- * Entiendo que soy responsable de cobrar la cuota de padres de cada familia.



Solicitud Para Cuidado de Niños

Nombre del Solicitante: _____

- * Entiendo que las tarifas cobradas al Estado de Illinois no exceden el máximo permitidas por el Estado y no exceden a aquellas cobradas al público en general por servicios similares. Esto incluye descuentos para varios niños, descuentos para el personal, descuentos de toda la semana, descuentos pre-pagados y cuotas por medio de escala.
- * Entiendo que el Estado está obligado a hacer deducciones de pago para todos los proveedores del hogar de acuerdo con el contrato del sindicato SEIU.
- * Entiendo que el Estado no es responsable del pago por servicios de cuidado de niños antes de la fecha del aviso de aprobación determinada por el Estado.
- * Certifico que las horas de cuidado de niños no incluyen las horas que el niño está en la escuela.
- * Yo certifico que si yo soy un proveedor de un centro, hogar con licencia, o hogar de grupo, voy a mantener, durante un mínimo de 5 años, desde la fecha de pago, registros de asistencia diaria para documentar completamente los servicios provistos y estoy de acuerdo en hacer todos los registros y documentación pertinente a servicios facturados a disposición de cualquiera y todos los representantes de los Departamentos autorizados y autoridades federales. Entiendo que la falla de mantener un registro adecuado puede establecer una presunción a favor del Estado por cualquier fondo pagado por el Estado donde la documentación adecuada no está disponible para apoyar el pago.
- * Entiendo proveer información falsa o si fallo en proveer información correcta puede resultar en un pago en exceso que tendré que pagar y / o puede resultar en remisión para prosecución por fraude.
- * Entiendo que proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio con el fin de defraudar al Estado de Illinois, puede ser causa para ser procesado con todo el peso de la ley.
- * Mi firma es mi consentimiento y autorización para que la información que se divulgue al Departamento de Servicios Humanos o sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el programa de cuidado de niños.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños: _____

Fecha: _____

SECCIÓN VII - CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Después de que haya leído las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Entiendo que soy responsable de pagar una parte del costo del cuidado de niños (cuota de los padres) a mi proveedor y si no lo hago puede resultar en la pérdida de mi proveedor de cuidado de niños.
- * Entiendo que mi elegibilidad será redeterminada por lo menos cada 6 meses o como sea necesario.
- * Los niños tienen las vacunas actualizadas y la verificación esta en los archivos del proveedor.
- * Se completó una revisión del local / hogar y estoy de acuerdo que es un ambiente seguro.
- * He dado notificación por escrito a cada proveedor, si es que alguna otra persona que no sea yo, recoge al / los niño(s).
- * He dado a cada proveedor un teléfono de emergencia, consentimiento escrito para cuidados médicos y para dar medicinas recetadas.
- * El nombre del médico de la familia está en el archivo del proveedor.
- * Yo soy responsable por la selección del proveedor de cuidado de niños para mi(s) niño(s).
- * Yo reportaré si hay algún cambio en los arreglos para el cuidado de niños, empleo o tamaño de la familia, dentro de **10 días** de ocurrido el cambio. Si no lo reporto a tiempo puede resultar en un exceso de pagos que tendré que reembolsar y / o resultará en la pérdida de mis beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que yo debo estar trabajando o participando en una actividad de educación, entrenamiento, o relacionada a trabajo aprobada por IDHS para poder ser elegible para recibir beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que la información provista será verificada usando sistema de datos del Estado y otras, y si se descubren inconsistencias, el proceso de mi solicitud puede tardarse o negarse.
- * Todas las declaraciones provistas arriba son verdaderas.
- * La información provista sobre mi caso es completa, verdadera y correcta.
- * Entiendo que si deliberadamente proporciono un número de Seguro Social incorrecto / ficticio o retengo información del número de Seguro Social a fin de defraudar el Estado de Illinois, dará lugar a que yo sea procesado con todo el peso de la ley.
- * Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he hecho en cuanto al estatus de extranjería de ciudadanía de cada niño para quien el cuidado es solicitado son verdaderas y correctas.
- * La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y puede que se me requiera que verifique la información que he provisto.
- * Entiendo que tengo el derecho de apelar y de que se me conceda una audiencia imparcial si tengo una queja.
- * Entiendo que entregar información falsa o la falta de proveer información correcta puede resultar en un sobrepago que tengo que reembolsar y/o una referencia para prosecución por fraude
- * Mi firma es mi consentimiento y autorización para que se revele información al Departamento de Servicios Humanos de Illinois o sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el Programa de Cuidado de Niños.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIO

4-C: Community Coordinated Child Care 155 N Third Street Suite 300 DeKalb, IL (800) 848-8727x225 Fax (815) 758-5652

(ESTE FORMULARIO SOLO PUEDE SER UTILIZADO SI EL CLIENTE NO HA SIDO EMPLEADO LO SUFICIENTE PARA TENER DOS TALONES DE LOS INGRESOS CONSECUTIVOS)

Por este medio, autorizo a mi empleador a proveer la siguiente informacion al Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

INFORMACION SOBRE EL EMPLEO (para ser completado por empleador solamente).

Nombre de la Compañia: _____

Dirección Comercial/Postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Ext. _____

Nombre del empleado: _____

Número de Seguro Social (Opcional): _____ Fecha que comenzó el empleo: ____/____/____

Salario total: _____ Salario por hora: _____ Propinas: _____

Periodo de pago: Semanalmente Bisemanalmente Dos veces al mes Mensualmente

POR FAVOR SOLAMENTE MARQUE CAJA SI LE PAGAN EN EFECTIVO AL EMPLEADO

PROVEA UN EJEMPLO DE UN HORARIO

(POR FAVOR NO ESCRIBA "VARIADO")

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total de horas trabajadas semanalmente:	
Desde:	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.		
Hasta:	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.		

Si el empleado está regresando después de una ausencia con licencia o si esta es una verificación para un nuevo horario, por favor

indique la fecha en que el nuevo periodo entra efecto: ____/____/____.

Comentarios Adicionales:

FIRMA DEL EMPLEADOR

TÍTULO

NOMBRE DEL EMPLEADOR EN LETRA DE MOLDE

FECHA

EL FORMULARIO COMPLETADO PUEDE SER ENVIADO POR FAX AL:

(815) 758-5652

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al programa de asistencia en el cuidado de niños 4-C al:

(815) 758-8149 ó (800) 848-8727 Ext. 240 ó 231



Solicitud Para Cuidado de Niños

PREGUNTAS COMUNES SOBRE CUIDADO DE NIÑOS

- 1) **¿Quién es elegible para asistencia del 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) **¿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 5 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.

- 3) **¿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
 - * Deja de Trabajar o cambia de trabajo
 - * Deja de recibir TANF
 - * Deja la escuela o entrenamiento
 - * En descanso médico o por maternidad
 - * Cambia el tamaño de la familia
 - * Hay cualquier cambio que puede afectar su elegibilidad
 - * Cambian sus ingresos

Si falla en reportar cualquier cambio dentro de **10 días**, puede resultar en reembolsos de pagos en exceso y / o pérdida de beneficios de cuidado de niños. Si usted 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.

- 4) **¿Cuándo sabré si me aprueban la ayuda para cuidado de niños?**

Usted y su proveedor serán notificados sobre la aprobación o negación dentro de los 30 días después de que recibamos su solicitud completada y toda la documentación requerida. La solicitud incompleta es la causa principal de las demoras.

- 5) **¿Cuándo tengo que enviar a mi niño a su proveedor y cuándo debería el proveedor comenzar el cuidado?**

Los niños no deberían asistir al cuidado de niños antes del aviso de aprobación a menos que el padre / madre y el proveedor tengan un acuerdo de plan de pago, hasta que el padre / madre y el proveedor reciban el aviso de aprobación / negación.

- 6) **¿Debo ser yo uno de los padres 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 completar el formulario de solicitud. Los padres de crianza pueden recibir ayuda para cuidado de niños del Departamento de Servicios Para Niños y Familias.

- 7) **¿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.

- 8) **¿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.



Solicitud Para Cuidado de Niños

- 9) **¿Cuánto tiempo puedo continuar recibiendo ayuda para cuidado de niños?**
No hay límite de tiempo. Mientras usted tenga bajos ingresos y necesite cuidado de niños para trabajar o participar en una actividad aprobada, continuará siendo elegible. Su carta de aprobación le indicará el primer y último mes que es elegible para asistencia. Generalmente, se aprueba por un término de 6 o 9 meses. Antes de que termine su periodo de aprobación, usted deberá renovar su caso de cuidado de niños para continuar recibiendo asistencia. Esto se hace completando un formulario de "redeterminación". Se le enviará el formulario automáticamente por correo un mes antes de que se termine su periodo de aprobación. Por ejemplo, si le aprueban hasta abril, recibirá el formulario de redeterminación en marzo. Si usted no devuelve el formulario de redeterminación con los documentos requeridos - O - si usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa, su caso será cancelado.
- 10) **Si recibo ayuda para cuidado de niños del Estado, ¿tendré que pagar algo?**
El estado requiere que todos los padres paguen una "cuota" directamente a su proveedor. La "cuota de los padres" es determinada por IDHS y la cantidad puede variar de padre a padre, se basa en los ingresos de los padres, tamaño de la familia y número de niños que reciben cuidado. La cantidad de la cuota se indicará en el Carta de Aprobación que usted recibirá. El Estado deducirá la cuota de los padres de los costos totales hasta la tarifa máxima de cuidado de niños. Si la cuota es más que los costos totales, el padre / madre paga la cantidad menor al proveedor y ningún pago es hecho por el Estado.
- 11) **¿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.
- 12) **¿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.
- 13) **¿Pagará el estado a parientes que cuidan a mi niño?**
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.
- 14) **¿Revisa el Estado los antecedentes de los proveedores de cuidado de niños?**
La ley en Illinois declara que todos los proveedores sin licencia que reciben pagos del estado, deben estar de acuerdo que revisen sus antecedentes de Abuso y Negligencia de Niños, cada dos años. La revisión de antecedentes compara el nombre del proveedor con otra información pertinente - así como la de cualquier persona de 13 años o más en el hogar (si es el lugar donde se provee el cuidado) - con el Sistema de Información Sobre Negligencia y Abuso de Niños (CANTS) manejado por el Departamento de Servicios Para Niños y Familias (DCFS)
- 15) **¿Y si todavía estoy buscando un proveedor de cuidado de niños?**
Usted puede llamar a un consejero de padres en su agencia local Cuidado de Niños, Recursos y Referencias 1-877-202-4453 (la llamada es gratis) para obtener ayuda para encontrar cuidado de niños para su niño. Usted debe tener un proveedor del cuidado de niños **antes** de enviar su solicitud.
- 16) **¿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 adjunta una copia de las tarifas con esta solicitud o puede obtenerla llamando al 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. Se requiere que los proveedores reporten los pagos que reciben del Cuidado de Niños al IRS como ingresos ganados.



Solicitud Para Cuidado de Niños

Si usted no una corporación o entidad del gobierno (escuela pública o distrito de parques), y gana más de \$600 en un año, su veedor recibirá una copia del Formulario "1099 Miscellaneous" de la Oficina del Contralor para reportar sus ingresos al IRS. Debe recibir este formulario para el 15 de febrero.

- 17) **¿Puedo recibir beneficios de cuidado de niños por el tiempo que me toma ir de la escuela/trabajo/entrenamiento?**
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.
- 18) **¿Cuándo le pagarán a mi proveedor?**
Se puede demorar de 4 a 8 semanas para que su proveedor reciba su primer pago. Después de que su proveedor recibe el primer pago, los pagos regulares llegarán cada mes. La razón por la cual el primer pago se demora es porque el nombre y seguro social de su proveedor tienen que ser registrados con la Oficina de la Contraloría antes de que se hagan los pagos. Para esto, el CCR&R debe enviar a su proveedor el formulario de impuestos W9. Mientras más rápido su proveedor completa el formulario W9 y lo envía al CCR&R, más rápido se hará el pago.

Después de que la Oficina de la Contraloría haya registrado a su proveedor, nosotros le podemos enviar el primer "certificado de facturación". Este es el formulario que usted y su proveedor completan cada mes para informarle al IDHS cuánto debe pagarle al proveedor.
- 19) **¿Cómo puedo revisar el estado de los pagos?**
IDHS tiene un número de teléfono gratis para que clientes y proveedores llamen y obtener información sobre los pagos. Si usted tiene un teléfono de teclas, puede llamar gratis al 1-800-804-3833 para informarse si sus pagos han sido registrados por el CCR&R y enviados por la Contraloría del Estado. Este número gratis está disponible 24 horas al día, siete días de la semana.

Usted también puede recibir información de pago visitando el sitio por Internet de la Contraloría del Estado al: www.comptroller.state.il.us y seleccione "vendor payments."
- 20) **Si soy cliente o proveedor y cambio de domicilio, me enviarán mi correspondencia y cheques?**
No, todos los clientes y proveedores deben completar un formulario para cambio de dirección o domicilio dentro de días de haberse mudado.
- 21) **Puede el proveedor considerar la opción de Tarjeta de Débito para recibir su pago?**
¡Por supuesto!. El IDHS ofrece una nueva manera a proveedores de cuidado de niños para recibir sus pagos por medio de la Tarjeta de Débito MasterCard de Illinois. La Tarjeta de Débito presenta la oportunidad para los proveedores de cuidado de niños en el hogar para recibir sus pagos más rápido y de una manera menos costosa que un cheque de papel. El proveedor recibirá el pago para todos los niños que le están proveyendo servicio en una sola tarjeta. ¡Ya no se tiene que preocupar por cheques perdidos o robados! Cada mes, el proveedor recibirá un estado de cuenta que identifica cada caso para el cual está recibiendo el pago. Para más información sobre el Illinois tarjeta de Débito MasterCard, vaya al siguiente sitio web: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=45466> o comuníquese con su CCR & R.
- 22) **¿Puede el proveedor considerar depósito directo?**
Por supuesto. Los pagos pueden ser depositados directamente a la cuenta de banco de su proveedor. Esto puede ser muy bueno si su proveedor tiene problemas con el correo. Llame al 217-557-0930 para preparar el depósito directo. Para propósitos de contabilidad y registros, su proveedor le puede pedir al banco que le indique que tipo de recibo o información podrían darle como comprobante, ya que su proveedor no recibirá información sobre los pagos de IDHS, ni de la Oficina de la Contraloría cuando usa depósito directo.
- 23) **¿Debería mi proveedor considerar registrar la información mensual de facturación llamando a un número de información gratis?**
El Sistema de Facturación por Teléfono para el Cuidado de Niños del IDHS es una manera más fácil y más rápida para recibir el pago. Para más información, comuníquese con su CCR& R .



4-C EVALUACION DEL DEPARTAMENTO FINANCIERO DEL CUIDADO DE NIÑOS

4-C: Community Coordinated Child Care-155 N Third St., Suite 300- DeKalb, IL (800) 848-8727x225 Fax (815) 758-5652

Gracias por contactar al Programa de Cuidado Infantil de la 4-C. En nuestro esfuerzo de ofrecer servicios de calidad a nuestras familias, estamos continuamente evaluando nuestros servicios. Quisiéramos saber si el servicio que recibió le ayudó y si tienen comentarios o sugerencias que hacernos. Por favor tome unos momentos para contestar las siguientes preguntas.

Regrese este formulario en el sobre que está incluido, lo más pronto posible. Todos sus comentarios serán confidenciales. Sus comentarios son muy importantes para nosotros. Gracias por tomar su tiempo en ayudarnos a mejorar nuestros servicios.

NOMBRE

FECHA

Contacté con la 4-C por

- Teléfono
- Oficina de 4-C (en persona)
- Sitio de la Red

Lo siguiente me afectó cuando traté de solicitar ayuda financiera

- Completando la solicitud
- Elegibilidad financiera
- El costo de atención
- El co-pago de los padres

Por favor evalúe el servicio que recibió de 4-C (marque una opción por pregunta)	1 Muy bien	2 Bien	3 Satisfactorio	4 Mal	5 Muy mal
La especialista de CCAP con quien hablé fue útil					
La especialista de CCAP con quien hablé era amable y atenta					
La especialista de CCAP con quien hablé me dio información exacta					
Sobre todo su experiencia con 4-C.					

¿En cuál otra manera podemos ayudarle? _____

Comentarios/Sugerencias: _____