



## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

### GUARDE ESTA PÁGINA EN SUS ARCHIVOS

Puede buscar el reglamento de cuidado de niños o guardería en: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=9877> .

Para solicitar por favor lea cuidadosamente las páginas siguientes y envíe la solicitud a su oficina local Cuidado de Niños, Recursos y Referencias (Child Care Resource and Referral - CCR&R). Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a su CCR&R local. Para localizar su CCR&R local, llame al 1-877-202-4453 (llamada gratis) o vaya a <http://www.ilqualitycounts.org/component/sdasearch/?Itemid=142>.

**Por favor asegúrese de que toda la información esté completa antes de enviar su solicitud y devuelva todas las páginas:**

- \* 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 en el futuro cambia alguna información dentro de los días del cambio. Si pierde el empleo o tiene una interrupción en alguna actividad, debe informarlo dentro de los 30 días con el fin de mantener el arreglo de cuidado de niños de acuerdo a las provisiones de los plazos de gracia.
- \* 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 21 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 su 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 su 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 o trabajos por cuenta propia de los últimos 30 días. Puede indicar esto en su propio formulario o en el Formulario 444-2790 que puede descargar en: <http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/12/documents/Forms/IL444-2790-IES.pdf> o pídale 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, incluya **TODO** lo siguiente:
  - \* Copias de su horario escolar oficial.
  - \* Copias de su más recientes calificaciones que indique su promedio de calificaciones (GPA).
- \* Haga 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 (si viven juntos) ha sido incluida en las páginas 3 al 6 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 Asistencia para Cuidado de Niños.
- \* También, tenga en cuenta que toda la información entregada será sometida a verificación usando base de datos del Estado, 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.
- \* Los espacios marcados con un asterisco (\*) debe completarlos porque son obligatorios.
- \* Las familias con bienes o recursos de 1 millón de dólares o más no son elegibles. Los bienes o recursos incluyen dinero en efectivo, dinero de la jubilación, inversiones y propiedades o bienes inmuebles.





## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

**Aviso Importante: Mientras más rápido presente su solicitud, más rápido se pueden determinar sus beneficios.**

Envíe su solicitud completada a:

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 Inglés en: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=68333>)

### 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 IL	* Zona Postal -	
Dirección de Correos, si es diferente	Apto.#	Ciudad	Estado	Zona Postal -	
¿Actualmente se encuentra su familia sin casa (no tiene un lugar fijo, regular y adecuado donde quedarse por la noche)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha que Empezó:	Fecha que Terminó:	
¿Ha sido usted víctima de violencia doméstica actual o en el pasado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha que Empezó:	Fecha que Terminó:	
¿Está usted en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Miembro de la Guardia Nacional o Unidad de Reserva			
Fecha que empezó el servicio activo:		Fecha que empezó la guardia Nacional o Unidad de Reserva:			
Fecha que terminó el servicio activo:		Fecha que terminó la guardia Nacional o Unidad de Reserva:			
Número de Teléfono del Hogar	Número de Teléfono Móvil	Mejor hora para llamar (Hours) (Min.) (AM/PM)			
Otro número de teléno donde podamos llamarle		correo electrónico (E-mail)			
* Fecha de nacimiento del Padre / Madre / Tutor (Incluya Mes/Día/Año)			* Marque uno: <input type="checkbox"/> Masculino O <input type="checkbox"/> Femenino		
Idioma principal que hablan en la casa:					
¿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		
<b>Debe completar arreglos separados de cuidado de niños en la Sección 4 (pág. 8) para cada proveedor.</b>					





# SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Si contestó sí, indique los nombres y número de registro (si lo asignaron) de los proveedores que pide asistencia para pagarles:	Indique otros proveedores de cuidado de niños tales como Head Start, Pre-K o proveedores que no se incluyen en esta solicitud.
--	--

<b>INFORMACIÓN DEL TRABAJO</b> - Si usted tiene más de un trabajo, <b>DEBE informarnos todo lo referente a todos sus trabajos aunque no necesite cuidado de niños para ese trabajo. Fotocopie</b> esta página completa y complete una hoja separada para la información y el horario de trabajo para cada trabajo que tenga. Si ha dejado un trabajo en los últimos tres meses, incluya una carta del empleador que indique la fecha que terminó el empleo.	Número de trabajos que tiene actualmente
---	--

Primer Empleo / Nombre de la Compañía o Patrono	Título de 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 cantidad \$

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"/> ninguno		
<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 (Hrs) (Min.) ¿Usa transportación pública?  Sí  No

**HORARIO DE TRABAJO:** Si el horario cambia, provea un ejemplo de su horario.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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 lo emplearon en este trabajo:
-------------------------------------	---

Sin descontar deducciones, yo gano (complete uno)  por hora  por mes  por año cantidad \$

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"/> ninguno		
<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 (Hrs) (Min.) ¿Usa transportación pública?  Sí  No





## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

**HORARIO DE TRABAJO:** Si el horario cambia, provea un ejemplo de su horario.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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)

¿Está usted actualmente asistiendo a la escuela, entrenamiento o capacitación o una actividad requerida por TANF?

No (Vaya a la Sección 2 - Información del Otro Padre/Padrastro)  Sí (Complete la siguiente información)

### ESCUELA / CAPACITACIÓN / ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF

TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno)

- Escuela Secundaria o GED     Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma  
 Occupational/Vocational     Diploma de Universidad 2 años     Pasantía o Internado  
 Diploma Universidad 4 años     Experiencia de Trabajo (sólo TANF)     ninguno

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?  Sí  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 (Hrs) (Min.)    ¿Usa transportación pública?  Sí  No

**HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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





## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

### SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA

¿Está el otro padre o padrastro / madrastra de alguno de sus hijos, hijastros o niños que está criando, viviendo en su hogar?

No (vaya a la Sección 3 - Información de la Familia página 6)  Sí (Complete la siguiente información)

**Por favor tenga en cuenta:** La información de datos de varias agencias y de sitios por Internet se tomarán en cuenta (Vea Pregunta # 6 en la página 15). Si la información no concuerda, puede retrasar su elegibilidad.

Si el otro padre / padrastro / 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 proporcionar 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 / Padrastro / Madrastra	Inicial	Apellido
---	---------	----------

Número de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nac. (incluya mes/día/año)	Número de Teléfono
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

¿Trabaja el otro padre o padrastro / madrastra ?  Sí  No

¿Está el otro padre o padrastro / madrastra en la escuela, capacitación o entrenamiento?  Sí  No

Si el otro padre o padrastro / madrastra no trabaja ni va la escuela / programa de capacitación, explique por qué no puede cuidar a los niños.

¿Está usted en servicio militar activo?  Sí  No  Miembro de la Guardia Nacional o Unidad de Reserva Militar

Fecha que comenzó el servicio activo: Fecha que comenzó la Guardia Nacional / Reserva Militar:

Fecha que terminó el servicio activo: Fecha que terminó la Guardia Nacional / Reserva Militar:

**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 Empleo / Nombre de la Compañía o Patrono	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 cantidad \$

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"/> ninguno		
<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 (Hrs) (Min.) ¿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
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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:

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) <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> por año cantidad \$							
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"/> ninguno							
<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 (Hrs) (Min.)				¿Usa transportación pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>HORARIO DE TRABAJO: Si su horario varía, provea un ejemplo de su horario</b>							
	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>	<b>DOMINGO</b>
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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)							

## INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ESCOLAR / CAPACITACIÓN REQUERIDA POR TANF PARA EL OTRO PADRE / MADRE

TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno)				Título o Licenciatura que Obtendrá			
<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma						
<input type="checkbox"/> Occupational/Vocational	<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)	<input type="checkbox"/> ninguno					
¿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 (Hrs) (Min.)				¿Usa transportación pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente

	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>	<b>DOMINGO</b>
<b>DE</b>	<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
<b>HASTA</b>	<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





## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

### 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
- \* Consulte el reglamento en <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item-21503>

El tamaño de mi familia es:

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:					
¿Tiene Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
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:					
¿Tiene Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
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:					
¿Tiene Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
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:					
¿Tiene Necesidades Especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

\*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:

<b>SECCIÓN 4 - ARREGLO PARA CUIDADO DE NIÑOS</b>	Add	Remove
--	-----	--------

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

Debe introducir el nombre comercial IDHS del proveedor y el número de proveedor en esta sección.

Para garantizar el enrutamiento adecuado de la aplicación, copie y escriba el nombre del proveedor y el número tal y como aparece en la página web.

Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños | Apellido

Si es un Centro de Cuidado de Niños, Nombre de Corporación

**Número de Proveedor** (Proveedores sin número debe ponerse en contacto con el 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										Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño	DE		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
			<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM
Parentesco con el Cliente:	HSATA		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
			<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<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:

Parentesco del niño con el proveedor del cuidado:

Horario del Cuidado de Niños										Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño	DE		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
			<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM
Parentesco con el Cliente:	HSATA		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
			<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<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:

Parentesco del niño con el proveedor del cuidado:







## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Horario del Cuidado de Niños										Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño		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
		Parentesco con el Cliente:	HSATA	<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:										
Parentesco del niño con el proveedor del cuidado:										
Horario del Cuidado de Niños										Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño		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
		Parentesco con el Cliente:	HSATA	<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"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
Si es sí, por favor explique:										
Parentesco del niño con el proveedor del cuidado:										





## 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
<b>1. Ingresos de Empleo de ambos padres y de todos los miembros de la familia mayores de 21 años de edad</b> (incluyendo propinas de cheques de pago, sin descontar deducciones). <b>Envíe copias de los 2 talones de cheques más recientes y consecutivos (En las preguntas comunes, vea la pregunta # 11).</b> Si usted (o un miembro de la familia) tiene negocio o trabaja por su cuenta, complete el #2 siguiente.	\$	\$
<b>2. Ingresos de Negocio Propio o trabajos por su cuenta de usted o de los miembros de su familia mayores de 21 años de edad.</b> Envíe <b>comprobantes</b> 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: <a href="http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/12/documents/Forms/IL444-2790-IES.pdf">http://www.dhs.state.il.us/onenetlibrary/12/documents/Forms/IL444-2790-IES.pdf</a> o pedido a su agencia local de CCR&R, envíe recibos y otros documentos.	\$	\$
<b>3. Manutención de Niños que reciben todos en la familia</b>	\$	\$
<b>4. Asistencia Económica TANF que reciben todos en la familia</b>	\$	\$
<b>5. Otros Ingresos de Dinero Federal:</b> por ejemplo, pagos del Seguro Social y beneficios del ferrocarril de TODOS los miembros de la familia.	\$	\$
<b>6. Otros Ingresos Mensuales de todos los miembros de la familia:</b> 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.	\$	\$
<b>SUBTOTAL (sume las líneas 1-6 )</b>	\$	\$
<b>RESTE Manutención de Niños que Paga usted u otro miembro de la familia</b>	- \$	- \$
<b>TOTAL DE INGRESOS MENSUALES</b>	\$	\$
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 <b>NO CUENTA EN EL TOTAL DE INGRESOS DE LA FAMILIA.</b>		\$
¿Tiene su familia actualmente un \$1 millón de dolares o más en bienes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		





## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS					Add	Remove
Para ser completado por el Proveedor (Por favor escriba en letra de molde claro con tinta negra o azul).						
<b>No se puede pagar a los padres o padrastro / madrastra por cuidar a ningún niño en el hogar. Los proveedores deben tener por lo menos 18 años de edad y cumplir con la revisión de antecedentes penales.</b>						
Debe escribir su nombre comercial IDHS y número de proveedor en esta sección. Para evitar demoras de inscripción o pago, copie y escriba el nombre y el número del proveedor de IDHS tal y como aparece en otras páginas del Internet.						
Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños			Apellido			
Si es un Centro de Cuidado de Niños, Nombre de Corporación					Condado	
Dirección		# Apartamento	Ciudad		Estado	Zona Postal -
Dirección de Correos, si es diferente:		# Apartamento	Ciudad		Estado	Zona Postal -
Número de Teléfono	Número de Fax		Correo Electrónico			
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) (Obligatorio para todos los proveedores basados en el hogar con licencia y exentos de licencia)						
<b>El Proveedor Debe Completar Una de las Opciones:</b> <b>Nota: Lea las instrucciones incluidas con el formulario W-9 para información sobre estas opciones.</b>  <b>Si usted ya está inscrito como proveedor en este programa, solamente escriba su número de identificación del proveedor.</b>			Número de Seguro Social (Individual o propietario único)			
			FEIN (Corporación, sociedad o propietario)			
			Código de Unidad del Gobierno (Escuela Publica o distrito de parques)			
			Número de 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)						
¿Cuál fue la fecha de la última inspección: (DCFS o Exento de Licencia) (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:						
<b>COLABORACIONES DE CUIDADO DE NIÑOS</b>						
¿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"/> EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> ISBE Pre-K						
¿Hay algún niño de esta familia registrado como niño en colaboración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Cuánto dura su programa? <input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> 24 Meses <input type="checkbox"/> Otro						





# 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><b>CENTROS Y PROVEEDORES CON LICENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños con Licencia (760)*</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños exento de Licencia (761)</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><b>CUIDADO POR PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)</b></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><b>*INFORMACIÓN CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA</b></p> <p>(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 style="text-align: center;">(Hours) (Min.) (AM/PM) (Hours) (Min.) (AM/PM)</p> <p><b>CUIDADO POR NO-PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)</b></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>
---	--

En el Programa Asistencia Para Cuidado de Niños, un proveedor exento de licencia puede cuidar en su casa a tres (3) niños, incluyendo los propios hijos del proveedor o puede cuidar a todos los niños en una misma familia.

Idioma:  Inglés  Español  Polaco  Chino  Otro:

### SE REQUIERE PARA LOS PROVEEDORES CON LICENCIA

Si el cuidado se proporciona en la casa del proveedor, indique todas las otras personas que viven en la casa del proveedor

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:(Opcional)
Parentesco Con el Proveedor		Parentesco Con los Niños Que Se Cuidan	
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:(Opcional)
Parentesco Con el Proveedor		Parentesco Con los Niños Que Se Cuidan	
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:(Opcional)
Parentesco Con el Proveedor		Parentesco Con los Niños Que Se Cuidan	
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:(Opcional)
Parentesco Con el Proveedor		Parentesco Con los Niños Que Se Cuidan	
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:(Opcional)
Parentesco Con el Proveedor		Parentesco Con los Niños Que Se Cuidan	





## 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.
- \* Yo y los miembros del personal cumplimos con todos los códigos de bomberos estatales y locales, de salud y seguridad y estándares incluyendo armas de fuego o municiones.
- \* No hay castigo corporal
- \* Siempre se proporcionará diariamente a los niños juegos y actividades físicas apropiadas 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 de abuso o negligencia de niños, 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 y miembros de mi familia debemos completar un formulario de Autorización Para Revisión de Antecedentes y cumplir con todos los requisitos de antecedentes necesarios.
- \* 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 del Programa Asistencia Para Cuidado de Niños y la investigación de pagos indebidos y que puede ser que requieran que verifique 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.
- \* La falta de 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 el Programa Asistencia Para Cuidado de Niños, el proveedor exento de licencia puede cuidar en su hogar sólo a tres niños o puede cuidar a todos los niños de un sólo 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.
- \* Un Centro de Cuidado de Niños Sin Licencia del Estado de Illinois debe demostrar que cumple con el criterio para la exención que reclama (89 Ill. Adm Code 377) y debe certificar que su local o programa está exento de licencia incluso someter un formulario de Auto Certificación para Centro de Cuidado de Niños Exento de Licencia.
- \* 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.
- \* Las tarifas aplicadas al Estado de Illinois no pueden exceder el máximo permitido por el Estado y no pueden exceder 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 incluyendo la educación en la casa.
- \* Diberadamente proporcionar un número de Seguro Social incorrecto / ficticio con el fin de defraudar al Estado de Illinois dará lugar a que sea enjuiciado con todo el peso de la ley
- \* Mi firma es mi consentimiento y autorización para que la información se releve por o al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes que pueden establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua del Programa Asistencia Para Cuidado de Niños o para la investigación de pagos indebidos u otras sospechas de uso indebido del programa.

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

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





# 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 yo recoja al/los niño(s).
- \* 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 o dentro de los 30 días de la pérdida de un trabajo o la interrupción de una actividad bajo la provisión de periodos de gracia. No reportar cambios a tiempo puede dar lugar a un exceso de pagos que tendré que pagar y / o pérdida de beneficios para 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 dar lugar a un juicio por fraude.

**Con mi firma doy mi consentimiento y autorización para que la información se releve por o al Departamento de Servicios Humanos de Illinois o a sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el Programa Asistencia Para 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?**

**A partir del 9 de noviembre de 2015, los solicitantes incluidos en los grupos de prioridad de servicio:**

- A) Las personas que reciben Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF);
- B) Los padres jóvenes matriculados en escuela elemental o secundaria, o en un programa de GED para obtener un diploma de escuela secundaria o su equivalente;
- C) Las familias que tienen niños con necesidades especiales;
- D) Las familias que trabajan cuyos ingresos mensuales no superen el 162 por ciento del nivel actual federal de pobreza para el tamaño de su familia.

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

Mientras los recursos lo permitan, el Departamento intenta proveer servicios de cuidado de niños a todos los solicitantes que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecido en el reglamento. Los grupos que solicitan como los define el Departamento, y / o listas de espera se pueden implementar si es necesario limitar la participación a permanecer dentro de las cantidades asignadas o recursos de que dispone el Departamento para servicios de cuidado de niños. Si estas restricciones están en efecto y no cumple con las normas, usted recibirá un aviso de negación al solicitar y para solicitar de nuevo cuando se re establezcan nuevamente las normas regulares.

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

No hay límite de tiempo. Mientras usted es elegible debido a sus ingresos y necesita cuidado de niños para trabajar o está en una actividad aprobada, sus hijos continúan asistiendo a un proveedor aprobado y la edad de los niños es consistente con las pautas del programa, usted sigue siendo elegible. Su carta de aprobación le indicará el primer y el último mes que usted es elegible para asistencia. Antes de que su periodo de aprobación termine, usted deberá renovar su caso de cuidado de niños para continuar recibiendo ayuda. Para ello, deberá completar un formulario de "renovación". Este formulario es enviado automáticamente un mes antes de que su periodo de aprobación termine. Si usted no devuelve el formulario de renovación 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 ¿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 solicitud y documentación se verifica por medio de base de datos de varias agencias y sitios por Internet. 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. Debido a la falta de recursos, se ha puesto restricciones al criterio de nueva solicitud (intake), pueden haber diferentes niveles de ingresos para aprobar los casos dependiendo si es una nueva solicitud o una renovación, o un cambio de información en un caso ya existente.

**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 completar un formulario de solicitud. Los padres de crianza pueden recibir asistencia para cuidado de niños del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois.

**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:

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

Usted puede enviar talones de cheque adicionales y enviar 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?**

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. IDHS no pagará por ningún cuidado proporcionado antes de que sea aprobado el caso.

### ESCOGER UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

**14) ¿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.

**15) ¿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.

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

En Illinois, todos los proveedores deben someterse a revisiones de antecedentes penales. Las revisiones de antecedentes penales pueden componerse de tres partes: la revisión CANTS (Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños), la revisión de Registros para Delinquentes Sexuales de Illinois y / o Nacional (SOR), y la 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 más 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 completen.

### PAGOS

**17) ¿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.

**18) ¿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.

**19) ¿Cómo le pagarán a los proveedores de cuidado de niños?**

Los proveedores de cuidado de niños pueden escoger recibir sus pagos por medio de un cheque enviado por correo, por depósito directo o por medio de la tarjeta de débito de Illinois. Para obtener más información acerca de la tarjeta de débito de Illinois, visite el siguiente sitio:

<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=45466> o comuníquese con su CCR&R.

Para inscribirse en el depósito directo, llame a la División de Comercio Electrónico del Contralor al (217)557-0930 para que le envíen un formulario de autorización.

Si no hace arreglos para que sus pagos vayan a su tarjeta de débito o depósito directo, recibirá un cheque por correo. De todas maneras recibirá un cheque correo aunque escoja cualquier método de pago. De acuerdo a la Sección 9.03 de la Ley de Contraloría del Estado, a los proveedores pueden cobrarle una cuota de procesamiento de \$2.50 por cada cheque una vez que se han enviado más de 30 cheques en el mismo año fiscal de la misma agencia estatal.







## SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

**20) ¿Pueden deducir los impuestos de los pagos que recibe mi proveedor de cuidado de niños o guardería?**

Se considera que el proveedor de cuidado de niños tienen su propio negocio y los impuestos no se pueden deducir de los pagos de IDHS. En este ingreso hay que pagar impuestos y debe declararlo cuando completa los impuestos federales y estatales. La Oficina de Contraloría enviará el formulario 1099 al final de cada año a todos los proveedores individuales que ganaron \$600.00 o más al año.

**21) ¿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: <http://illinoiscomptroller.gov/> y seleccione "pagos a proveedores".

**OTRO**

**22) ¿Qué debo hacer si cambian mis circunstancias?**

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

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

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, si lo informó dentro de los \*\*30 días.

**23) ¿Es requisito que proporcione mi número de seguro social?**

En este momento no es necesario que proporcione los números de seguro social para determinar la elegibilidad de cuidado de niños y si no proporciona esta información no le negarán la elegibilidad. Los números de seguro social se utilizan para la investigación de datos sin identificar a la persona y para verificar el ingreso. Los números de seguro social son confidenciales y serán revelados solamente con fines administrativos.

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

No, los clientes y proveedores deben completar y presentar un formulario para cambio 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?**

Necesita 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 acepta. 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.

Todos los comprobantes o verificaciones deberán incluir la siguiente información:

1. Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que completa la carta;
2. Tipo de trabajo que hace .
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.

