

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 suempleador, 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 pídalo 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.





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 adjutas antes de completar este formulario. (Este formulario está disponible en Inglés en: http://www.dhs.state.il.us/page.aspx? item=68333)

9	SECCIÓN I - INFO	RMACI	ÓN DE PADRI	ES / TUTOR		
* Nombre del Padre / Madre / Tute	or:	Inicial	* Apellido:			
Número de Seguro Social (Opcional)*	Si aplica, número del C	aso TANF,	Beneficios de Aliment	os (SNAP), o Asistencia	Médica *	Condado
* Dirección del Hogar (Se requiero	e)	Apto.#	* Ciudad		* Estado	* Zona Postal
Dirección de Correos, si es difere	nte	Apto.#	Ciudad		Estado	Zona Postal
¿Actualmente se encuentra su far lugar fijo, regular y adecuado don			Sí No p	Fecha que Empezó:	Fecha	a que Terminó:
¿Ha sido usted víctima de violencia d pasado?	oméstica actual o en el		∏ Sí ☐ No I	Fecha que Empezó:	Fecha	a que Terminó:
¿Está usted en servicio militar act	ivo? 🗌 Sí 🔃 No	Mie	mbro de la Guard	ia Nacional o Unida	d de Rese	erva
Fecha que empezó el servicio act	tivo:	Fecha	que empezó la gua	ardia Nacional o Unida	ad de Rese	erva:
Fecha que terminó el servicio act	ivo:	Fecha	que terminó la gua	ardia Nacional o Unida	ıd de Reser	rva:
Número de Teléfono del Hogar	Número de Teléfono M	lóvil	Mejor hora para I	llamar (Hours) (Min	.) (AM/PN	1)
Otro número de teléno donde pod	damos llamarle corre	eo electró	ónico (E-mail)			
* Fecha de nacimiento del Padre	/ Madre / Tutor (Incluy	a Mes/Di	(a/Año) * N	larque uno: ☐ Mas	sculino O	Femenino
ldioma principal que hablan en la	casa:					
¿Solicita asistencia para más de u niños en esta solicitud? Sí No	un proveedor de cuida	dos de	K o preescolar o	os que van a un pro guardería que no e No		
Debe completar arregi	os separados de cui	dado de	niños en la Secc	ción 4 (pág. 8) para	cada pro	veedor.



	ndique los nombre os proveedores qu	es:	Indique otros pro Start, Pre-K o pr					tales como Head en esta solicitud.		
lo referente a too Fotocopie esta p de trabajo para ca	DEL TRABAJO - S dos sus trabajos a ágina completa y c ada trabajo que ten del empleador que	unque no neces omplete una hoja ga. Si ha dejado u	i ite cuidado d separada par un trabajo en l	l e ni a la os ú	ños para ese trab información y el ho ltimos tres meses,	oajo. orario	Número	de tra	ibajos que ti	ene actualmente
Primer Empleo	/ Nombre de la C	ompañía o Patr	ono			Títı	ulo de Tr	abajo)	
Dirección Ciudad Estado Zona Postal -										Zona Postal -
Número de Teléfono del Trabajo Ext. Fecha que lo emplearon en este trabajo:										
Sin descontar d	educciones, yo g	ano (complete ι	ıno) 🗌 por I	hora	a por mes	p	or año	Ca	antidad \$	
me pagan (marque uno) diario semanalmente Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana trabaja en este trabajo cada semana una vez por mes otro (por favor explique)										
Tiempo de viaje des	sde el proveedor de c	uidado a la escuela	(Hrs)	1)	Uخ (Min.)	sa tran	sportació	ón pú	blica?] Sí 🔲 No
	HORARI	O DE TRABAJ			cambia, provea u	ın ejem	plo de su	hor	ario.	
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE	ES	JUEVES	VIE	RNES	S	ÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	_	AM PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM		☐ AN	
HASTA	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	_	AM PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM		☐ AN	
Si el horario cambia, p	oor favor explique cómo o	cambia (Puede enviar	documentación ad	licion	al para verificar, vea Pre	eguntas Fı	recuentes#	11 en la	a página 16 de	esta solicitud)
Segundo Emple	eo / Nombre de la	Compañía				Títı	ulo de Tr	abajo)	
Dirección					Ciudad				Estado	Zona Postal -
Número de Tele	éfono del Trabajo	Ext.	Fecha que	e lo	emplearon en es	ste trab	ajo:			
Sin descontar d	educciones, yo g	ano (complete υ	ıno) 🗌 por I	hora	a por mes		por año	ı	cantidad \$	6
me pagan (marc cada dos se una vez por	manas 🗌 dos	sem sem seces al mes [(por favor explic	nanalmente ninguno que)		nero de horas que aja en este trabajo					e usualmente ajo cada semana
Tiempo de viaje des	sde el proveedor de c	uidado a la escuela	(Hrs)	1)	اج (Min.	Jsa trai	nsportaci	ón p	ública?	Sí No



HORARIO DE TRABAJO: Si el horario cambia, provea un ejemplo de su horario.											
LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO											
DE	□АМ	□АМ	□ AI	и □ АМ	☐ AM	☐ AM	☐ AM				
<u> </u>	□РМ	□РМ	PI	/I □ PM	☐ PM	□РМ	☐ PM				
HASTA	□АМ	□АМ	□ AI	И □ АМ	☐ AM	☐ AM					
HAOTA	□РМ	□РМ	PI	/ □ PM	☐ PM	☐ PM	☐ 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)											
-				o o capacitación o							
☐ No (Vaya a	ı la Seción 2 - In	formación del Ot	ro Padre/Padr	astro) 🗌 Sí	(Complete la sigi	uiente informac	ión)				
	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	Occupational/Vocational Diploma de Universidad 2 años Pasantía o Internado										
Diploma Univ	ersidad 4 años	Experiencia de	Trabajo (sólo TAI	IF) ningun	0						
	ás alto de educación certificado de un ofic		(diploma de	¿Ya tiene usted un	título de licencia profesio	onal o certificado?	Sí No				
, ,		,		Si es sí, qué t	ipo:						
Nombre la Escuela/	Programa de Capac	itación al que usted	asiste Núme	ro de Teléfono	Fecha que Con	nienza Fech	a que Termina				
Dirección				Ciudad		Estado	Zona Postal				
						., ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	- - N-				
Tiempo de viaje des			(Hrs)		¿Usa transportac	•	Sí No				
HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el horario siguiente											
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO				
DE	☐ AM	☐ AM	☐ AI		☐ AM	☐ AM					
	□РМ	□РМ	PI	<u>И</u> □ РМ	☐ PM	PM	□РМ				
HASTA	_ AM	_ AM	☐ AI		☐ AM	☐ AM					
	☐ PM	☐ PM	☐ PI	/ □ PM	☐ PM	☐ PM	☐ PM				



	,									
SECC	IÓN 2 - INFO	RMACIÓN DE	EL OTRO	PA	DRE / TUTOF	R / PADRAS	TRO	/ MADR	ASTRA	
¿Está el otro pa	dre o padrastro /	madrastra de al	lguno de su	s hijo	os, hijastros o niŕ	ños que está c	iando	, viviendo e	en su hogar?	
☐ No (vaya a I	a Sección 3 - Inf	ormación de la F	amilia págir	na 6) 🗌 Sí (Compl	lete la siguient	e infor	mación)		
			as agencias y	de sit	ios por Internet se to	marán en cuenta (Vea Pr	egunta # 6 en	la página 15). Si la	
Si el otro padre / pad Niños, Desempleo),	pero ya no vive con	ncluido en su caso p usted, puede ser qu	e tenga que pr	esent	(TANF, SNAP (Estar ar documentación o se con su oficina loc	información adicio	nal par	a comprobar (que vive en otro	
	INFORMACI	ÓN DEL OTR	RO PADRI	E / ⁻	TUTOR / PAD	RASTRO / I	MAD	RASTRA		
Nombre del Otre	o padre / Tutor /	Padrastro / Mad	rastra Inic	cial	Apellido					
Número de Seg	Número de Seguro Social (Opcional) Fecha de Nac. (incluya mes/día/año) Número de Teléfono									
		ro / madrastra ?	_		No					
¿Está el otro pa	dre o padrastro /	madrastra en la	escuela, ca	apac	itación o entrena	ımiento? 🗌 S	Í	☐ No		
Si el otro padre o	padrastro / madra	stra no trabaja ni v	va la escuela	/ pro	grama de capacita	ación, explique p	or qué	no puede c	uidar a los niños.	
¿Está usted en	servicio militar a	ctivo? Sí	No	Mie	mbro de la Guar	dia Nacional o	Unida	id de Rese	rva Militar	
Fecha que com	enzó el servicio	activo:	Fed	cha (que comenzó la	Guardia Nacio	nal / R	Reserva Mil	itar:	
Fecha que term	inó el servicio ad	ctivo:	Fed	cha d	que terminó la G	uardia Naciona	al / Re	serva Milita	ar:	
trabajos aunque no	o necesite cuidado	de niños para ese t	rabajo. Fotoc	opie (os todo lo referente esta página completa para cada trabajo qu	a y complete	Cuan	ntos trabajo	s tiene ahora?	
Primer Empleo	/ Nombre de la C	Compañía o Patr	ono			Título de T	rabajo	0		
Dirección					Ciudad			Estado	Zona Postal -	
Número de Telé	éfono del Trabajo	Ext.	Fecha	que	empezó en este	trabajo.				
Sin descontar de	educciones, yo g	jano (complete u	no) 🗌 por	hora	a por mes	por añ	0	cantidad \$;	
me pagan (marc	que uno) 🗌 diar	io sem	analmente	Núr	mero de horas que	usualmente	Núme	ro de días que	e usualmente	
cada dos se	manas 🗌 dos	veces al mes	ninguno	trab	paja en este trabajo	o cada semana	trabaja	a en este trab	ajo cada semana	
una vez por	mes otro	(por favor explic	que)							
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	MIÉRCOL	ES	JUEVES	VIERNES		SÁBADO	DOMINGO	
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		AM PM	☐ AM ☐ PM	☐ AN		☐ AN ☐ PN		
HASTA	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		AM PM	☐ AM ☐ PM	☐ AN		□ AN		
Si el horario cambia, p	or favor explique cómo	cambia (Puede enviar d	documentación a	dicion	I al para verificar, vea Pro	eguntas Frecuentes ;	# 11 en l	a página 16 de	esta solicitud)	



Segundo Emple	eo / Nombre de la	a Compañía		Título de Tr	abajo						
Dirección					Ciudad		Es	tado	Zona Po	stal -	
Número de Telé	éfono del Trabajo	Ext.	Fecha	que (empezó en este	trabajo.					
Sin descontar de	educciones, yo g	jano (complete u	ıno) 🗌 por	hora	por mes	por año	car	ntidad \$			
me pagan (marc	que uno) 🗌 diari	io sem	analmente	Nún	nero de horas que	usualmente	Número de	días que	usualme	nte	
cada dos se una vez por	□ 403	veces al mes [(por favor explic	aja en este trabajo	o cada semana	trabaja en	este traba	ajo cada s	emana			
	de el proveedor de d	cuidado a la escuela	(Hrs)	(N	اخ Min.)	Usa transportac	ión públi	ca? [Sí	☐ No	
	HORAF	RIO DE TRABA	JO: Si su ho	rario	varía, provea u	n ejemplo de su	horario				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	ES	JUEVES	VIERNES	SÁB	ADO	DO	MINGO	
DE	□ АМ	□АМ		АМ	□АМ	□ АМ		☐ AN	1	\square AM	
	□РМ	□РМ		PM	☐ PM	☐ PM		☐ PM		☐ PM	
HASTA	☐ AM	☐ AM		AM	□ АМ	АМ		☐ AN		☐ AM	
	☐ PM	☐ PM	PM	□ РМ	☐ PM		PN		☐ PM		
Si el horario cambia, p	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)										
INFORMACIÓ	N DE ACTIVIDA	D ESCOLAR /	CADACITAC	NÓN	I DECLIEDIDA E		ον ΕΓ Ο.	TDO DA	DDE /	MADDE	
	ACIÓN / CAPAC					OK TANI TAN	W LL O	11017	NDINE /	WIADIL	
	indaria o GED					Título o Li	cenciatu	ra que (Obtendr	á	
Occupational		Diploma de U	•	-	como segun. idiom Pasantí	a o		•			
	ersidad 4 años	Experiencia d			⊟ Internac						
	ás alto de educación		(diploma de		¿Ya tiene usted un t	ítulo de licencia profes	sional o certi	ficado?	Sí	No No	
secundaria / GED, (certificado de un ofici	io, 4 anos univ.?			Si es sí, qué t	ipo:					
Nombre la Escuela/	Programa de Capac	itación al que usted a	asiste Núı	merc	de Teléfono	Fecha que Co	mienza	Fech	na que T	ermina	
Dirección			'		Ciudad		Es	tado 2	Zona Po	stal	
										-	
Tiempo de viaje des	de el proveedor de d	cuidado a la escuela	(Hrs)		(Min.)	¿Usa transporta	ción públi	ca?	Sí	☐ No	
	HORA	ARIO ESCOL	AR: Por fa	avo	r complete e	l horario sig	uiente				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOL	ES	JUEVES	VIERNES	SÁB	ADO	DO	MINGO	
DE	□АМ	□АМ		АМ	☐ AM	☐ AM		☐ AN		□АМ	
	☐ PM	☐ PM		PM	☐ PM	PM PM PM			☐ PM		
HASTA	☐ AM	☐ AM	_	AM	☐ AM	☐ AM		☐ AN		□АМ	
-	□РМ	□РМ		PM	□РМ	☐ PM		☐ PN		☐ PM	



Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Tamaño de Familia incluye a estas personas QUE VIVEN EN SU HOGAR:

Yo necesito asistencia para cuidado de niños para los siguientes niños:

- * Usted,
- * Sus <u>hijos</u> 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:

Nombre	Apellido	Fecha de N	acimiento	M/F	Origen Étnico*	Núm. Seguro Social
Ciudadano de EE.UU** Sí	No ¿Tutela del Estado?	Sí No I	Parentesco	o con e	el Cliente:	
¿Tiene Necesidades Especiales?	Sí No					,
Nombre	Apellido	Fecha de N	acimiento	M/F	Origen Étnico*	Núm. Seguro Social
Ciudadano de EE.UU** Sí	No ¿Tutela del Estado?] Sí No	Parentesc	o con	el Cliente:	•
¿Tiene Necesidades Especiales?	☐ Sí ☐ No					
Nombre	Apellido	Fecha de N	acimiento	M/F	Origen Étnico*	Núm. Seguro Social
Ciudadano de EE.UU** Sí	No ¿Tutela del Estado?	Sí □ No	Parentesc	o con	el Cliente:	
¿Tiene Necesidades Especiales?	☐Sí ☐ No					
Nombre	Apellido	Fecha de N	acimiento	M/F	Origen Étnico*	Núm. Seguro Social
Ciudadano de EE.UU** Sí	No ¿Tutela del Estado?] Sí No	Parentesc	o con	el Cliente:	
¿Tiene Necesidades Especiales?	□Sí □ No					
*Origen étnico para cada niño 2 - Negro o Afro Americano, ejemplo, "3-1", "3-2", "3-5"), 4	3 - Hispano o Latino (Persoi	nas que declarai	n etnia hisp	pana ta	ambién deben indi	car su raza, por
** Si algún niño no es ciudad	ano, provea documentos de	su registro de e	extranjero,	si lo tie	ene.	
Indique todos los otros mi	embros de la familia conta	dos en su tamañ	io de famil	lia (que	e no han sido inclu	ídos en la solicitud):
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NAC.			SCO CON I	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Opcional)



SI	ECCI	ÓN 4	- ARREGL	O PARA C	UIDADO D	E NIÑOS			Add		Remove
Nombre del prov	eedor	(incluy	/a una hoja se	eparada para	a cada provee	dor que pidić	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)											
Si sus niños var	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	SÁB	ADO [DOMING	O Diaria
Apellido del niño		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	AM PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM	□ /	
arentesco con el Cliente: HSATA AM AM AM AM AM AM PM PM PM P											
¿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? No											
¿Cambia el hor	ario de	el cuida	do de niños?	Sí] No						
Si es sí, por favor	explic	lue:									
¿Ofrece el prov	eedor	descue	entos por más	de un niño?	Sí [No					
Si es sí, por favor		·									
Parentesco del	nino c	on el p	roveedor del								
		· · · · · ·			Cuidado de		\"ED\ EQ				Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES		MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁB		DOMING	
Apellido del niño		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM		
Parentesco con el Cliente:		HSATA	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	AM PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM	☐ <i>f</i>	
¿Va a la escuel	a el ni	ño de la	a lista?	Sí No	tod	o el año	¿A que	é hora	s va a la	a escuela	el niño?
¿Está la escuel	a en e	l mismo	o lugar que el	proveedor d	lel cuidado? [Sí 🗌	No				
¿Cambia el hor	ario de	el cuida	do de niños?	Sí] No						
Si es sí, por favor	explic	μe:									
¿Ofrece el proveedor descuentos por más de un niño? Sí No											
Si es sí, por favor explique:											
Parentesco del	niño c	on el p	roveedor del	cuidado:							



Horario del Cuidado de Niños										Tarifa
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
Parentesco con el Cliente:		HSATA	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ 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 escuel	a en e	I mismo	o lugar que el	l proveedor d	lel cuidado? [Sí 🗌	No			
¿Cambia el hor	ario de	el cuida	do de niños?	Sí [No		'			
Si es sí, por favo	r explic	que:								
¿Ofrece el prov	eedor	descue	entos por más	s de un niño?	P ☐ Sí ☐	No				
Si es sí, por favor explique:										
Parentesco del niño con el proveedor del cuidado:										
Horario del Cuidado de Niños Tarifa								Tarifa		
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Diaria
Apellido del niño		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
Parentesco con el Cliente:		HSATA	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	AM PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escue	la el ni	ño de l	a lista?	Sí No	o 🗌 tod	o el año	¿A qu	é 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? Yes No										
Si es sí, por favor explique:										
Si es si, por tavoi	r explic	que:								



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



SECCIÓN 6 - INF	ORMACIÓN DEL P	PROV	/EEDOR [DE (CUIDADO DE NIÑOS		Add		Remove		
					a en letra de molde claro (∟ on tir	nta negra	a o az	 zul).		
·	s padres o padrastro / n	nadra	stra por cuid	ar a	ningún niño en el hogar. Los evisión de antecedentes pena	orovee	_		•		
Debe escribir su nombre Para evitar demoras de otras páginas del Internet	inscripción o pago, cop				esta sección. e y el número del proveedor (de IDF	IS tal y co	omo a	parece en		
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, s	i es diferente:		# Apartame	ento	Ciudad	Est	ado	Zona	Postal -		
Número de Teléfono	Número de Fax	Coi	rreo Electrór	nico							
Fecha de Nacimiento (N	, ,	orio p	ara todos los	s pro	veedores basados en el hog	ar					
El Proveedor Debe Completar Una de las Opciones: Número de Seguro Social (Individual o propietario único)											
Nota: Lea las instrucciones incluidas con el formulario W-9 para información sobre estas opciones. FEIN (Corporación, sociedad o propietario)											
proveedor e	d ya está inscrito com n este programa, sola o de identificación de	ment		(Es	digo de Unidad del Gobierno cuela Publica o distrito de ques)						
				Núr	mero de Proveedor						
deducen los impuesto impuestos. La Oficina	s de los pagos de IDHS	S. Est a el fo	e ingreso pa	ıga ir	a tienen negocio propio o tral mpuestos y tiene que ser de n información de impuestos	clarad	o con los	docur	mentos de		
Escriba la fecha que el	proveedor recientemen	te em	pezó o emp	ezar	á a cuidar los niños: (MM/DE	/AAA	A)				
¿Cuál fue la fecha de la	última inspección: (DC	FS o	Exento de L	icen	cia) (MM/DD/AAAA)						
¿Ha sido usted aprobad	lo por el Sistema de Cl	asifica	ación de Cal	idad	(Illinois Quality Counts Ratir	g (QR	(S))?	Sí	☐ No		
¿Es usted un empleado	del Departamento de	Servio	cios Humano	s de	Illinois o de otra agencia de	Esta	do? 🗌 S	í [No		
¿Alguna vez ha sido de	clarado culpable de alg	o que	no sea una	viol	ación menor de tráfico? 🔲	3í [No				
Si es sí, por favor explic	que:										
	COLAB	ORA	CIONES	DE (CUIDADO DE NIÑOS						
¿Está aprobado como Colabo	ración de Cuidado de Niños	por IDI	HS? ∏Sí [N	O Marque todo lo que aplica:]EHS	HS		ISBE Pre-K		
¿Hay algún niño de esta familia registrado como niño en colaboración? 🔲 Sí 💮 No											
¿Cuánto dura su progra	ma? 12 Meses		24 Meses		Otro						



	ARREGLOS PA	RA CUIDADO LEGA	NL	
Marque el tipo de proveedor.	Si tiene licencia, complete Inforn	nación para Cuidado de N	líños con Licencia.	
CENTROS Y PROVEEDOR	ES CON LICENCIA	*INFORMACIÓN CUI	DADO DE NIÑOS (CON LICENCIA
Centro de Cuidado de	Niños con Licencia (760)*	(NO escriba el Núm. de	Licencia de Hogar de	Crianza (Foster Care)
	Niños excento de Licencia	Número de Licencia:		
(761) Hogar de Cuidado de	Niños con Licencia (762)*	Capacidad de Licencia:	Día	Noche
	Niños en Grupo con Licencia	Fecha que caduca la l	Licencia	
└─ │ (763)*		Horas de Operación: ¡	De	Hasta
	(NO DECUMENT LIGHNOLA)			M) (Hours) (Min.) (AM/PM)
En el en el Hogar del l	(NO REQUIERE LICENCIA)		•	EQUIERE LICENCIA)
	, ,		ños en el Hogar del	Proveedor (764)
En el Hogar del Niño (,	En el Hogar de		
	ara Cuidado de Niños, un provee el proveedor o puede cuidar a to			asa a tres (3) niños,
	pañol Polaco Chino	Otro:		
	SE REQUIERE PARA LOS	PROVEEDORES CON L	ICENCIA	
	na en la casa del proveedor, ind	ique todas las otras pers	onas que viven en	la casa del proveedor
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seg	uro Social:(Opcional)
Parantasaa (Con el Proveedor	Parantaga	Con los Niños Que	So Cuidan
Paremesco	con el Proveedor	Paremesco	Con los Minos Que	Se Culdan
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seg	uro Social:(Opcional)
Parentesco (Con el Proveedor	Parentesco	Con los Niños Que	Se Cuidan
	T			
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Segi 	uro Social:(Opcional)
Parentesco (Con el Proveedor	Parentesco	Con los Niños Que	Se Cuidan
r drontesco C	5011 C11 10 V C C U G1	T diomosos	2011 100 11m00 Que	oo oalaan
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seg	uro Social:(Opcional)
Parentesco (Con el Proveedor	Parentesco	Con los Niños Que	Se Cuidan
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seg	uro Social:(Opcional)
Parentesco (Con el Proveedor	Parentesco	Con los Niños Que	Se Cuidan



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 miembro 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 antecendentes 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 excención que reclama (89 III. Adm Code 377) y debe certificar que su local o programa está excento de licencia incluso someter un formulario de Auto Certificación para Centro de Cuidado de Niños Excento 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.

•	eído y entendido todas las instrucciones mencionadas anteriormente. Y ormación proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y com	•
Firma del Proveedor de Cuidado de Niños: _	Fecha:	



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:	





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 proveeddor 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 restriccines 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.





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 cao.

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 Delincuentes 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 aseguible 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 eformulario 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.





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 Contraloria 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:

* Cambo 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 enviaran 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 rabajo o si la actividad está en curso;
- 5. Tarifa de de renumeración 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.

