

# Formulario de Child Care Assistance (Asistencia de Cuidado Infantil) (CCA)

## Cuéntenos sobre usted (persona que completa la solicitud):

Nombre:		Apellido:		
Dirección de la calle (obligatorio)	Nro. de apto.	Ciudad (obligatorio)	Estado (obligatorio)	Cód. postal (obligatorio)
Correo electrónico			Teléfono ( )	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social (opcional):		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		
Servicio militar: en la actualidad, usted: <input type="checkbox"/> Está en servicio activo en el ejército <input type="checkbox"/> Es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o de la Reserva Militar <input type="checkbox"/> Está fuera de su hogar debido a un despliegue		¿Es usted ciudadano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Condición migratoria:		
<input type="checkbox"/> Mi dirección postal es la misma que la dirección física indicada anteriormente. <input type="checkbox"/> Mi dirección postal es <b>diferente</b> de la dirección física indicada anteriormente. Mi dirección postal es:				
Dirección de la calle (obligatorio)	Nro. de apto.	Ciudad (obligatorio)	Estado (obligatorio)	Cód. postal (obligatorio)

## Firma

Certifico, bajo pena de perjurio que:

- Las respuestas que voy a entregar en esta solicitud son correctas y están completas a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada una de las personas que está solicitando asistencia es correcta.

Firma (obligatorio)	Fecha
---------------------	-------

## Cuéntenos sobre otros padres, madres o cuidadores en el hogar

Si no hay otros padres, madres, padrastros, madrastras o cuidadores en el hogar, omita esta sección y diríjase a Información de la familia.

Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social (opcional):	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	
Servicio militar: en la actualidad, usted: <input type="checkbox"/> Está en servicio activo en el ejército <input type="checkbox"/> Es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o de la Reserva Militar <input type="checkbox"/> Está fuera de su hogar debido a un despliegue		¿Es usted ciudadano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estatus migratorio:	

## Información de la familia

¿Alguno de los padres está temporal o permanentemente incapacitado para trabajar, asistir a capacitaciones o cuidar a los menores debido a una afección médica?  Sí  No

Nombre del progenitor: \_\_\_\_\_

¿Alguno de los siguientes arreglos de alojamiento se aplica a su familia?

¿Vive usted:

en un motel, auto o campamento?  Sí  No

en un refugio u otra vivienda temporal?  Sí  No

en una casa o apartamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?  Sí  No

**Cuéntenos sobre todos los menores que viven en su hogar** (si no le alcanza el espacio provisto para todos los miembros del grupo familiar, utilice otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud).

### Menor 1

Nombre:		Apellido:	
¿Cuál es su relación con este menor? <input type="checkbox"/> Tía/tío <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Otro progenitor <input type="checkbox"/> Progenitor/padrastro/madrastra			
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social (opcional):	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	
Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil). <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		¿Esta persona es un ciudadano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estatus migratorio:	

¿Este menor tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí. (Adjunte una declaración de su médico o del profesional que realizó el diagnóstico para verificar las necesidades especiales)  <input type="checkbox"/> No	Si el menor no está escolarizado en la actualidad, ¿comenzará la escuela en el otoño? <input type="checkbox"/> Sí; responda las dos preguntas siguientes <input type="checkbox"/> No; no es necesario que responda las dos preguntas siguientes
¿En qué grado comenzará el menor? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Kínder	¿A qué escuela asistirá?

### Menor 2

Nombre:	Apellido:
¿Cuál es su relación con este menor? <input type="checkbox"/> Tía/tío <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Otro progenitor <input type="checkbox"/> Progenitor/padrastro/madrastra	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino
Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil). <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	¿Esta persona es un ciudadano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estatus migratorio:

¿Este menor tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí. (Adjunte una declaración de su médico o del profesional que realizó el diagnóstico para verificar las necesidades especiales)  <input type="checkbox"/> No	Si el menor no está escolarizado en la actualidad, ¿comenzará la escuela en el otoño? <input type="checkbox"/> Sí; responda las dos preguntas siguientes <input type="checkbox"/> No; no es necesario que responda las dos preguntas siguientes
¿En qué grado comenzará el menor? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Kínder	¿A qué escuela asistirá?

### Menor 3

Nombre:	Apellido:
¿Cuál es su relación con este menor? <input type="checkbox"/> Tía/tío <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Otro progenitor <input type="checkbox"/> Progenitor/padrastro/madrastra	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino

<p>Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil).</p> <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<p>¿Esta persona es un ciudadano?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No  Estatus migratorio:</p>
<p>¿Este menor tiene necesidades especiales?  <input type="checkbox"/> Sí. (Adjunte una declaración de su médico o del profesional que realizó el diagnóstico para verificar las necesidades especiales)  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Si el menor no está escolarizado en la actualidad, ¿comenzará la escuela en el otoño?  <input type="checkbox"/> Sí; responda las dos preguntas siguientes  <input type="checkbox"/> No; no es necesario que responda las dos preguntas siguientes</p>
<p>¿En qué grado comenzará el menor?  <input type="checkbox"/> Head Start      <input type="checkbox"/> Kínder</p>	<p>¿A qué escuela asistirá?</p>

**Menor 4**

<p>Nombre:</p>	<p>Apellido:</p>
<p>¿Cuál es su relación con este menor?  <input type="checkbox"/> Tía/tío    <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza    <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela    <input type="checkbox"/> Otro progenitor  <input type="checkbox"/> Progenitor/padrastro/madrastra</p>	
<p>Fecha de nacimiento:</p>	<p>Número de Seguro Social (opcional):</p>
<p>Sexo:    <input type="checkbox"/> Masculino      <input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>Origen étnico:  <input type="checkbox"/> Hispano o latino                      <input type="checkbox"/> No hispano o latino</p>
<p>Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil).</p> <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<p>¿Esta persona es un ciudadano?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No  Estatus migratorio:</p>
<p>¿Este menor tiene necesidades especiales?  <input type="checkbox"/> Sí. (Adjunte una declaración de su médico o del profesional que realizó el diagnóstico para verificar las necesidades especiales)  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Si el menor no está escolarizado en la actualidad, ¿comenzará la escuela en el otoño?  <input type="checkbox"/> Sí; responda las dos preguntas siguientes  <input type="checkbox"/> No; no es necesario que responda las dos preguntas siguientes</p>
<p>¿En qué grado comenzará el menor?  <input type="checkbox"/> Head Start      <input type="checkbox"/> Kínder</p>	<p>¿A qué escuela asistirá?</p>

## Otros miembros de la familia en el hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

## Información sobre sus necesidades de cuidado infantil (progenitor 1)

Nombre del progenitor/tutor:

### ¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras trabaja?

- Sí; complete la información en la sección denominada Información del empleo  
 No; no es necesario que complete la sección denominada Información del empleo

## Información del empleo

Indique las horas de ingreso y egreso de los días en los que trabaja. (Si su horario varía, proporcione un ejemplo de su semana laboral típica).

	Empezar	Terminar	Empezar	Terminar
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

¿Sus horas diarias varían?

- Sí       No

¿Sus días de trabajo varían?

- Sí       No

¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días trabaja por semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas trabaja por día? \_\_\_\_\_

Si trabaja en horario nocturno, ¿necesita usted cuidado infantil para poder dormir?

- Sí       No

**¿Necesita usted cuidado infantil mientras asiste a clases?**

- Sí; complete la información en la sección denominada Información educativa del progenitor
- No; no es necesario que complete la sección denominada Información educativa del progenitor

**Información educativa del progenitor**

¿Es usted un estudiante a tiempo completo?

- Sí
- No

¿Tiene usted un título universitario?

- Sí
- No

¿Realiza estudios de posgrado?

- Sí
- No

Nombre de la entidad educativa: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de clases: \_\_\_\_\_

**¿Necesita usted cuidado infantil para buscar trabajo?**

- Sí; complete la información en la sección denominada Información de la búsqueda de trabajo
- No; no es necesario que complete la sección denominada Información de la búsqueda de trabajo

**Información de la búsqueda de trabajo**

¿En qué fecha comenzará su búsqueda de trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días por semana destinará a la búsqueda? \_\_\_\_\_

**Información sobre sus necesidades de cuidado infantil (progenitor 2)**

Nombre del otro progenitor/tutor:

**¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras trabaja?**

- Sí; complete la información en la sección denominada Información del empleo
- No; no es necesario que complete la sección denominada Información del empleo

**Información del empleo**

Indique las horas de ingreso y egreso de los días en los que trabaja. (Si su horario varía, proporcione un ejemplo de su semana laboral típica).

	Empezar	Terminar	Empezar	Terminar
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Sábado				
--------	--	--	--	--

¿Sus horas diarias varían?

Sí       No

¿Sus días de trabajo varían?

Sí       No

¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días trabaja por semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas trabaja por día? \_\_\_\_\_

Si trabaja en horario nocturno, ¿necesita usted cuidado infantil para poder dormir?

Sí       No

**¿Necesita usted cuidado infantil mientras asiste a clases?**

Sí; complete la información en la sección denominada Información educativa del progenitor

No; no es necesario que complete la sección denominada Información educativa del progenitor

### **Información educativa del progenitor**

¿Es usted un estudiante a tiempo completo?

Sí       No

¿Tiene usted un título universitario?

Sí       No

¿Realiza estudios de posgrado?

Sí       No

Nombre de la entidad educativa: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de clases: \_\_\_\_\_

**¿Necesita usted cuidado infantil para buscar trabajo?**

Sí; complete la información en la sección denominada Información de la búsqueda de trabajo

No; no es necesario que complete la sección denominada Información de la búsqueda de trabajo

### **Información de la búsqueda de trabajo**

¿En qué fecha comenzará su búsqueda de trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días por semana destinará a la búsqueda? \_\_\_\_\_

### **Ingresos familiares mensuales**

Indique los ingresos de su familia a continuación. Debe indicarnos todo el dinero que ganan las personas de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que significa que no tiene dinero de este tipo. Use una hoja adicional si fuera necesario. Si usted no es el progenitor/padrastro/madrastra del menor que necesita cuidados, indique únicamente los ingresos del menor.

Indique todos los empleos que tengan las personas de su grupo familiar.

**Trabajo 1**

Persona que trabaja:	Nombre y número de teléfono del empleador
¿Cuánto gana esta persona por hora? _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ _____ _____
¿Esta persona recibe propinas? <input type="checkbox"/> Sí;            monto semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> No	

**Trabajo 2**

Persona que trabaja:	Nombre y número de teléfono del empleador
¿Cuánto gana esta persona por hora? _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ _____ _____
¿Esta persona recibe propinas? <input type="checkbox"/> Sí;            monto semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> No	

### Trabajo 3

Persona que trabaja:	Nombre y número de teléfono del empleador
¿Cuánto gana esta persona por hora? _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ _____ _____
¿Esta persona recibe propinas? <input type="checkbox"/> Sí;      monto semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> No	

### Trabajo 4

Persona que trabaja:	Nombre y número de teléfono del empleador
¿Cuánto gana esta persona por hora? _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ _____ _____
¿Esta persona recibe propinas? <input type="checkbox"/> Sí;      monto semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> No	

¿La cantidad de dinero que informo por los trabajos seguirá siendo la misma?

Sí       No

Explique: \_\_\_\_\_

Otros ingresos regulares o apoyo financiero continuo que reciba su grupo familiar:

<input type="checkbox"/> Trabajos ocasionales ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____	<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo o del empleado ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos, pensiones o jubilación ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia para hijos o cónyuge ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____	<input type="checkbox"/> Dinero proveniente de amigos o familiares ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____
<input type="checkbox"/> Otro (explique): ¿Quién recibe el dinero? _____ ¿Cuánto recibe por mes? _____	

¿Está recibiendo SNAP, FIP o asistencia médica?  Sí  No

### Recursos (activos)

Se consideran activos pertenencias como casas, autos, autocaravanas, acciones y bonos, o efectivo.

¿Tiene usted más de un millón de dólares (\$1,000,000) en activos?

Sí  No

### Información para proveedores de cuidado infantil

¿Cuánto tiempo le lleva ir desde el proveedor de su hijo/a al trabajo o la escuela? \_\_\_\_\_

#### Proveedor 1

Nombre del proveedor:	Teléfono:
Calle:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
¿Este proveedor irá a cuidar a sus hijos a su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este proveedor es un programa preescolar Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Indique qué menores recibirán cuidado de este proveedor:

#### Proveedor 2

Nombre del proveedor:	Teléfono:
Calle:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
¿Este proveedor irá a cuidar a sus hijos a su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este proveedor es un programa preescolar Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Indique qué menores recibirán cuidado de este proveedor:

¿El proveedor 2 es un proveedor de respaldo? (Un proveedor de respaldo solo cuida a sus hijos cuando su proveedor habitual no está disponible).

Sí  No

### Proveedor 3

Nombre del proveedor:	Teléfono:
Calle:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
¿Este proveedor irá a cuidar a sus hijos a su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este proveedor es un programa preescolar Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Indique qué menores recibirán cuidado de este proveedor:

¿El proveedor 3 es un proveedor de respaldo? (Un proveedor de respaldo solo cuida a sus hijos cuando su proveedor habitual no está disponible).

Sí  No

### Documentación requerida

Los siguientes documentos son necesarios para procesar su solicitud

#### Empleo:

Para todos los trabajos, envíe los siguientes documentos:

Envíe los talones de cheques de pago de los últimos 30 días donde se indiquen los salarios brutos y la cantidad de horas trabajadas, u otro comprobante de ingresos y horas trabajadas durante los últimos 30 días.

Si corresponde, para los nuevos trabajos, envíe un comprobante donde se indiquen la fecha de contratación, la primera fecha de pago, la tarifa por hora y la cantidad de horas trabajadas.

Si corresponde, para los trabajos suspendidos, envíe un comprobante de la última fecha de empleo.

Si corresponde, como comprobante de las propinas, envíe talones de cheques de pago donde se indiquen las propinas, la declaración del empleador o sus registros de propinas.

#### Educación:

Para todos los progenitores/cuidadores que asistan a una entidad educativa:

Adjunte una copia de su horario de clases que incluya las fechas de inscripción y los horarios de las clases.

## Autorización para revelar información – OPCIONAL

### ¡Ayúdenos a ayudarlo!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarlo, sin tener que pedirle que firme para solicitudes específicas.

#### Debería saber que:

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podemos usar la autorización de abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

**Escriba su nombre y firma a continuación para darnos permiso para obtener la información necesaria.**

### Revelación de información

Por la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de firma.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (use letra clara)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (use letra clara)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Tiene derecho a apelar

Una apelación es una solicitud de audiencia relacionada con una decisión tomada por el Departamento. En lo relativo a Child Care Assistance, puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, debe realizar **una** de las siguientes acciones:

- Complete una apelación en formato electrónico en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals>, o
- Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta o
- Complete un formulario de apelación y solicitud de audiencia. Puede conseguir este formulario en la oficina de HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación a la **Oficina de Apelaciones**, Division of Compliance and Administration, Iowa Health and Human Services, 321 E 12<sup>th</sup> Street, Des Moines, IA 50319. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con la oficina de los HHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre. Puede comunicarse con la oficina de HHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid (Asistencia Jurídica de Iowa) al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

## No será discriminado

Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a la siguiente dirección: Iowa Department of Health and Human Services, Bureau of Human Resources, 321 E. 12<sup>th</sup> St., Des Moines, IA 50319-0114, o por correo electrónico a [inclusion@hhs.iowa.gov](mailto:inclusion@hhs.iowa.gov)

## Cosas que necesita saber

Debe informar al HHS cualquier cambio dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que ocurre un cambio, tales como:

- Ingresos, lo que incluye cualquier cambio en su tarifa por hora y cuándo comienzan o terminan los ingresos
- Horas de trabajo
- Una nueva dirección postal o domicilio
- Horario de las clases
- Alguien que se muda a la casa o a otra casa
- Un cambio de proveedor de cuidado infantil

Le pedimos números de Seguro Social, pero no es obligatorio que los proporcione. No se puede negar la elegibilidad por no proporcionar los números de Seguro Social. Si se proporcionan, dichos números pueden utilizarse para verificar los ingresos y la necesidad de asistencia, o a fines estadísticos.

La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podría revisar su caso. Es posible que se comuniquen con otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar esta solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para mantener sus beneficios.

Si recibe algún beneficio de Child Care Assistance por error, tendrá que devolverlo.