

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:			Núme	ro de Seguro Soc	cial (opcional):
Sexo: Masculino Femenino	ı <u> </u>	en étnico: lispano o latir	10 [☐ No hispano o la	atino
Servicio militar: en la actualidad, usted:			Es u:	sted ciudadano?	
 ☐ Está en servicio activo en el e ☐ Es miembro de una unidad de Ia Reserva Militar ☐ Está fuera de su hogar debide 	e la Guardia Na		∏ Sí	☐ No Condició	n migratoria:
Mi dirección postal es la misn	na que la direcc	ción física indi	cada a	anteriormente.	
☐ Mi dirección postal es diferer postal es:	i te de la direcci	ión física indic	ada a	nteriormente. Mi	dirección
Dirección de la calle (obligatorio)	Nro. de apto.	Ciudad (obligatorio)		Estado (obligatorio)	Cód. postal (obligatorio)
Firma					
Certifico, bajo pena de perjurio qu	e:				
 Las respuestas que voy a entr saber y entender. Mi respuesta sobre la ciudada solicitando asistencia es corre 	nía y el estatus				
Firma (obligatorio)			Fech	na	

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:	nacimiento: Número d		Seguro So	ocial (opcional):
Sexo: Masculino Femenino		étnico: pano o latin	0	☐ No hispano o latino
Servicio militar: en la actualidad, usted: Está en servicio activo en el ejército Es miembro de una unidad de la Guard o de la Reserva Militar Está fuera de su hogar debido a un des			¿Es usted ☐ Sí	l ciudadano? ☐ No Estatus migratorio:
Información de la familia ¿Alguno de los padres está temporal o perr capacitaciones o cuidar a los menores debi				ara trabajar, asistir a □ Sí □ No
Nombre del progenitor:	uo a una		neulca ?	
¿Alguno de los siguientes arreglos de alojar ¿Vive usted: en un motel, auto o campamento? [en un refugio u otra vivienda temporal? [en una casa o apartamento, con amigos o f Cuéntenos sobre todos los menor provisto para todos los miembros del grupo fam Menor 1	☐ Sí ☐ Sí āmiliare	☐ No ☐ No s (vivienda e viven e l	compartida n su hoga	ar (si no le alcanza el espacio
Nombre:		Apellido:		
¿Cuál es su relación con este menor? ☐ Tía/tío ☐ Padre/madre de crianza ☐ Progenitor/padrastro/madrastra	☐ Abı	uelo/abuela		progenitor
Fecha de nacimiento:			e Seguro So	ocial (opcional):
Sexo: Masculino Femenino		étnico: pano o latin	o 🗌 No hi	spano o latino
Raza: (No es necesario responder. Su res no afectará su elegibilidad para el cuidado Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco	infantil)	· ·	☐ No	un ciudadano? tus migratorio:

¿Este menor tiene necesidades especiales? Sí. (Adjunte una declaración de su médico del profesional que realizó el diagnóstico por verificar las necesidades especiales)	<u> </u>	
No	preguntas siguientes	
¿En qué grado comenzará el menor? Head Start Kínder	¿A qué escuela asistirá?	
Menor 2		
Nombre:	Apellido:	
¿Cuál es su relación con este menor?		
☐ Tía/tío ☐ Padre/madre de crianza ☐ Progenitor/padrastro/madrastra	Abuelo/abuela	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):	
Sexo: Masculino Femenino Ori	étnico: oano o latino	
Raza: (No es necesario responder. Su respues no afectará su elegibilidad para el cuidado infa	1 <u>-</u> ' _	
¿Este menor tiene necesidades especiales? Sí. (Adjunte una declaración de su médico del profesional que realizó el diagnóstico por verificar las necesidades especiales) No	I —	
¿En qué grado comenzará el menor? ☐ Head Start ☐ Kínder	¿A qué escuela asistirá?	
Menor 3	,	
Nombre:	Apellido:	
¿Cuál es su relación con este menor? ☐ Tía/tío ☐ Padre/madre de crianza ☐ ☐ Progenitor/padrastro/madrastra	Abuelo/abuela	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):	
Sexo: Masculino Femenino Ori	gen étnico: Hispano o latino No hispano o latino	

Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil). Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco	¿Esta persona es un ciudadano? ☐ Sí ☐ No Estatus migratorio:
¿Este menor tiene necesidades especiales? Sí. (Adjunte una declaración de su médico o del profesional que realizó el diagnóstico para verificar las necesidades especiales) No	Si el menor no está escolarizado en la actualidad, ¿comenzará la escuela en el otoño? Sí; responda las dos preguntas siguientes No; no es necesario que responda las dos preguntas siguientes
¿En qué grado comenzará el menor? ☐ Head Start ☐ Kínder	¿A qué escuela asistirá?
Menor 4	
Nombre:	Apellido:
¿Cuál es su relación con este menor? ☐ Tía/tío ☐ Padre/madre de crianza ☐ Abu ☐ Progenitor/padrastro/madrastra	elo/abuela
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):
Sexo: Masculino Femenino Origen	étnico:
	pano o latino
	pano o latino 🔲 No hispano o latino
Raza: (No es necesario responder. Su respuesta no afectará su elegibilidad para el cuidado infantil). Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	pano o latino

Otros miembros de la familia en el hoga	Otros	miembros	de l	la f	familia	en	el	hoga
---	--------------	----------	------	------	---------	----	----	------

Nombre		Fecha de nacimiento		Relación con	el solicitante
Informació	n sobre sus nec	esidades de cuio	lado infanti	l (progenito	r 1)
Nombre del p	rogenitor/tutor:				
☐ Sí; comple	te la información en	infantil mientras tra la sección denominad lete la sección denom	da Información	•)
Indique las ho	on del empleo oras de ingreso y egr e su semana laboral	eso de los días en los típica).	s que trabaja. (Si su horario va	aría, proporcione
	Ingreso	Egreso	Ingres	60	Egreso
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
¿Sus horas di ∐ Sí	iarias varían? ☐ No				
¿Sus días de ∐ Sí	trabajo varían? ☐ No				
¿Cuántas hor	as trabaja por sema	na? ¿Cu	iántos días trak	oaja por seman	a?
	as trabaja por día? _				
Si trabaja en l ⊡ Sí	horario nocturno, ¿n∈ ☑ No	ecesita usted cuidado	infantil para po	oder dormir?	

Sí; comple	ete la información en la necesario que comple	a sección denominada	a Información educativ	
Informació	ón educativa del _l	progenitor		
<u> </u>	estudiante a tiempo d ☐ No	ompleto?		
<u> </u>	un título universitario′ ☐ No	?		
	udios de posgrado? ☑ No			
Nombre de la	entidad educativa:		Fecha de inicio d	le clases:
Sí; comple	sted cuidado infantil ete la información en la necesario que comple	a sección denominada	a Información de la bú	squeda de trabajo a búsqueda de trabajo
Informació	ón de la búsqueda	a de trabajo		
	a comenzará su búsq ı búsqueda?		¿Cuántos o	días por semana
Informació	ón sobre sus nece	esidades de cuida	ado infantil (prog	enitor 2)
Nombre del o	tro progenitor/tutor:			
Sí; comple	ervicios de cuidado in ete la información en la necesario que comple	a sección denominada	Información del emp	
Indique las ho	ón del empleo oras de ingreso y egre e su semana laboral tí		que trabaja. (Si su hor	rario varía, proporcion
	Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Sábado				
¿Sus horas d ☐ Sí [iarias varían? ቯ No			
	trabajo varían? ቯ No			
¿Cuántas hor	as trabaja por seman	a? ¿Cua	ántos días trabaja por	semana?
¿Cuántas hor	as trabaja por día?			
	horario nocturno, ¿ne ☐ No	cesita usted cuidado i	nfantil para poder dorr	mir?
Sí; comple	te la información en la	mientras asiste a cla a sección denominada ete la sección denomir	a Información educativ	
Informació	n educativa del	progenitor		
<u> </u>	estudiante a tiempo c ☐ No	completo?		
	un título universitario′ ቯ No	?		
¿Realiza estu □ Sí [dios de posgrado? ☐ No			
Nombre de la	entidad educativa:		Fecha de inicio de c	lases:
Sí; comple	te la información en la	para buscar trabajo? a sección denominada ete la sección denomin	a Información de la bú	
Informació	n de la búsqued	a de trabajo		
	a comenzará su búsq búsqueda?	ueda de trabajo?	¿Cuántos o	días por semana

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? Por semana Cada 2 semanas Otro (explique): ———————————————————————————————————
¿Esta persona recibe propinas? Sí; monto semanal: \$ 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? Por semana Cada 2 semanas Otro (explique): ———————————————————————————————————
¿Esta persona recibe propinas? Sí; monto semanal: \$	

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? Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Otro (explique):
¿Esta persona recibe propinas? Sí; monto semanal: \$	
□ 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? ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Otro (explique): ————————————————————————————————————
¿Esta persona recibe propinas? Sí; monto semanal: \$ No	
¿La cantidad de dinero que informó por los traba	
Otros ingresos regulares o apoyo financiero con	
☐ Trabajos ocasionales	Compensación por desempleo o del empleado
¿Quién recibe el dinero?	
¿Cuánto recibe por mes?	¿Cuánto recibe por mes?
Seguro Social o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	Beneficios para veteranos, pensiones o jubilación
¿Quién recibe el dinero?	¿Quién recibe el dinero?
¿Cuánto recibe por mes?	¿Cuánto recibe por mes?

Pensión alimenticia para hijos o cónyuge	☐ Dinero proveniente de amigos o familiares
¿Quién recibe el dinero?	¿Quién recibe el dinero?
¿Cuánto recibe por mes?	¿Cuánto recibe por mes?
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, a	utos, autocaravanas, acciones y bonos, o efectivo.
¿Tiene usted más de un millón de dólares (\$1,000, ☐ Sí ☐ No	000) en activos?
Información para proveedores de cuida	do infantil
¿Cuánto tiempo le lleva ir desde el proveedor de su	ı 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	? ¿Este proveedor es un programa preescolar Head Start?
	☐ Sí ☐ No
Indique qué menores recibirán cuidado de este pro-	veedor:
Proveedor 2	T 1/6
Nombre del proveedor:	Teléfono:
Calle:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
¿Este proveedor irá a cuidar a sus hijos	¿Este proveedor es un programa preescolar
a su casa?	Head Start?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del proveedor:	Teléfono:
Calle:	Ciudad:
Estada.	044:
Estado:	Código postal:
¿Este proveedor irá a cuidar a sus hijos a su	¿Este proveedor es un programa preescolar
•	Head Start?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Indique qué menores recibirán cuidado de este prove	eedor:

Documentación requerida

□ No

Los siguientes documentos son necesarios para procesar su solicitud

Empleo:

□Sí

Para todos los trabajos, envíe los siguientes documentos:

cuando su proveedor habitual no está disponible).

Indique qué menores recibirán cuidado de este proveedor:

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 ayudarle!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarle, 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 lowa 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, lowa Health and Human Services, 321 E 12th 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 lowa Legal Aid (Asistencia Jurídica de lowa) al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado

Es política del lowa 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. 12th St., Des Moines, IA 50319-0114, o por correo electrónico a 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.