

Iowa Department of Health and Human Services
Child Care Assistance Application
(Solicitud de Subsidio para el Cuidado de Niños)

Información sobre las personas que viven en su hogar

Si ambos padres/padrazos o tutores se encuentran en el hogar, incluya los datos de los dos.

Nombre del padre/padrastro o tutor	Fecha de nacimiento	Nº. de Seguridad Social (opcional)	Teléfono ()	
Nombre de la madre/madrastra o tutora	Fecha de nacimiento	Nº. de Seguridad Social (opcional)	Teléfono ()	
Calle	Ciudad		Estado	Código postal

En caso de ser necesario, ¿cuál es el mejor horario para llamar? _____

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y el otro progenitor si vive en el hogar.

¿Usted o el otro progenitor en el hogar están en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ☐ Sí ☐ No

¿En una unidad de la guardia nacional o de la reserva? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién? _____

¿Alguno de los siguientes tipos de alojamiento es aplicable a su familia?

¿Vive en un motel, un automóvil o un campamento? ☐ Sí ☐ No

¿En un albergue u otro tipo de vivienda temporal?

¿En una casa o un departamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?

Consigne los datos de todos los niños que necesitan servicios de cuidado infantil. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel y adjúntela a ésta.

Necesidad es especiales Sí/No	Primer nombre y apellido	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	Nº. del Seguro Social (opcional)	Sexo	Nombre del distrito escolar	Origen étnico	Raza	Ciudad año Sí/No	Si es extranjero, estado inmigratorio

Debemos formularle preguntas sobre el origen étnico y la raza de cada niño pero no tiene obligación de contestar. Su respuesta no afectará su elegibilidad para recibir el subsidio. En caso de responder, utilice los siguientes códigos:

Origen étnico: H = Hispano o latino N = No hispano ni latino	Raza: (Seleccione todas las opciones que correspondan) W = Blanca B = Negra o afroamericana A = Asiática	I = Persona indígena de los Estados Unidos o nativo de Alaska N = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Alguno de los niños que no van a la escuela comenzarán a ir a la escuela en el otoño? En caso afirmativo, ¿quién? _____

Si tiene un hijo con necesidades especiales, adjunte el informe del médico o del profesional que hizo el diagnóstico como comprobante.

Consigne los datos de todas las demás personas que viven en su hogar.

Nombre	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento

Nombre de aquellas personas que no se encuentran en el hogar porque están sirviendo en las fuerzas armadas: _____

Nombre de integrantes del grupo familiar que se encuentran en prisión o esperan ser encarcelados: _____

Información sobre los servicios de cuidado infantil que necesita

Padre/Madre/Tutor:	Padre/Madre/Tutor:																																																
¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																
Indique su horario laboral en los días que trabaja. (Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal.)	Indique su horario laboral en los días que trabaja. (Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal.)																																																
<table><tr><td></td><td>Comienza</td><td>Termina</td></tr><tr><td>Domingo</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lunes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Martes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Miércoles</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Jueves</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Viernes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sábado</td><td></td><td></td></tr></table>		Comienza	Termina	Domingo			Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			<table><tr><td></td><td>Comienza</td><td>Termina</td></tr><tr><td>Domingo</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lunes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Martes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Miércoles</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Jueves</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Viernes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sábado</td><td></td><td></td></tr></table>		Comienza	Termina	Domingo			Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado		
	Comienza	Termina																																															
Domingo																																																	
Lunes																																																	
Martes																																																	
Miércoles																																																	
Jueves																																																	
Viernes																																																	
Sábado																																																	
	Comienza	Termina																																															
Domingo																																																	
Lunes																																																	
Martes																																																	
Miércoles																																																	
Jueves																																																	
Viernes																																																	
Sábado																																																	
¿Su horario diario varía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su horario diario varía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																
¿Los días en que trabaja varían? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Los días en que trabaja varían? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Cuántas horas trabaja por semana?																																																
¿Cuántos días trabaja por semana?	¿Cuántos días trabaja por semana?																																																
¿Cuántas horas trabaja por día?	¿Cuántas horas trabaja por día?																																																
Para determinar su necesidad de asistencia para cuidado infantil, adjunte sus recibos de sueldo de los últimos 30 días o una carta de su empleador indicando su salario y las horas trabajadas.																																																	

¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es estudiante de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es estudiante de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un título universitario? (<i>bachelor's degree</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un título universitario? (<i>bachelor's degree</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela:		Nombre de la escuela:	
Fecha de inicio de clases:		Fecha de inicio de clases:	
En el caso de ser estudiante, adjunte su horario de clases.			
¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha en que comenzará a buscar empleo.		Fecha en que comenzará a buscar empleo.	
¿Cuántos días por semana buscará empleo?		¿Cuántos días por semana buscará empleo?	

¿Cuánto tiempo le toma ir de la guardería a su trabajo o a la escuela? _____

Ingreso familiar mensual

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. En el caso de recibir propinas, envíe recibos de sueldo que incluya propinas, declaración de su empleador o sus registros de propinas. En el caso de tener un nuevo empleo, envíe un comprobante donde se indique la fecha del primer pago, la tarifa por hora y la cantidad de horas por semana. Si se quedó sin empleo, envíe comprobante de la fecha del último pago.

Indique sus ingresos familiares en la siguiente tabla. Debe informarnos sobre todo el dinero que recibe su grupo familiar. Si deja espacios en blanco, entenderemos que no reciben dinero de ese tipo. Adjunte otra hoja de ser necesario. Si usted no es el padre/padrastro o la madre/madrastra del niño que necesita cuidado, indique los ingresos del niño solamente.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No

¿El importe informado permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

¿Algún miembro de la familia ha conseguido empleo pero todavía no ha cobrado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién? _____ Nombre del empleador: _____

¿Qué otro dinero recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe mensual
Trabajo autónomo o trabajos esporádicos		
Desempleo o <i>Worker's Compensation</i>		
Social Security o SSI		
Beneficios jubilatorios o para veteranos		
Manutención por hijos o pensión		
Dinero de amigos o parientes		
Otro: (Incluya pagos únicos o irregulares) Explique:		

¿El importe que su familia recibe por estos conceptos permanecerá igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

¿Reciben SNAP (alimentos), FIP o asistencia médica? ☐ Sí ☐ No

Recursos (Bienes)

Los bienes son cosas como casas, autos, acciones y bonos, o dinero en efectivo.

¿Tiene menos de un millón de dólares en bienes? ☐ Sí ☐ No

Información sobre el prestador de cuidado infantil

Nombre del prestador 1		Teléfono ()	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ☐ Sí ☐ No

Nombres de los niños que cuidará: _____

Nombre del prestador 2		Teléfono ()	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ☐ Sí ☐ No

Nombres de los niños que cuidará: _____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ☐ Sí ☐ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Nombre del prestador 3		Teléfono ()	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ☐ Sí ☐ No

Nombres de los niños que cuidará: _____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ☐ Sí ☐ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Firma

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información dada anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía o el estado inmigratorio de cada una de las personas que solicitan asistencia es correcta.

Firma	Fecha
Correo electrónico	

Tiene derecho a apelar

Una apelación es una solicitud de audiencia relacionada con una decisión tomada por el Departamento. Para 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 electrónicamente una apelación en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals/how-appeal>, 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 obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Health and Human Services, Appeals Section, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del 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 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 estado de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a: 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@dhs.state.ia.us

Cosas que debe saber

Debe informarle a HHS sobre los siguientes cambios en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha del mismo:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos comiencen y finalicen
- Horario laboral
- Dirección postal o residencial
- Horario de clases
- Alguien que se muda a su casa o se va de ella
- Cambio de prestador de cuidado infantil

Pedimos los números del seguro social, pero no tiene obligación de entregarlos. No le denegaremos la elegibilidad si no los entrega. Si lo hace, podríamos utilizar su número del seguro social para verificar sus ingresos y su necesidad de asistencia o con propósitos estadísticos.

La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podrían revisar su caso y comunicarse con otras personas u organizaciones para verificar sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad o de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.

En el caso de recibir Asistencia para Cuidado Infantil por error, tendrá que reintegrarla.

Divulgación de Información OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (Release of Information)

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Health and Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.

(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Health and Human Services requested information about me or other members of my household.)

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

(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.

(This release does not apply to protected health information.)

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

(This release is good for 12 months from the date signed.)

Su nombre (en imprenta legible)
(Your Name – please print clearly)

Nombre de otro adulto (en imprenta legible)
(Other Adult Name – please print clearly)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Fecha
(Date)