

Iowa Department of Human Services

Fecha:

**NOTICE OF DECISION:
CHILD CARE ASSISTANCE**

Condado:

**(AVISO DE DECISIÓN:
ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE LOS NIÑOS)**

| | | |
|---------|----------------------|----------------------|
| Caso #: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Caso #: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Caso #: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ACCIÓN

- Aprobación
- Revisión
- Cancelación
- Negación
- Cambio en servicio
- Reducción en servicio

EXPLANATION OF ACTION

Manual or Rule References:

- ◆ **Tarifas:** Usted será responsable del pago de parte de su servicio de cuidado infantil. Su cuota será de por **UNIDAD (1/2 día)** por servicios de cuidado infantil suministrados para el niño que use mas unidades cada mes. Usted debe hacer arreglos para pagar esto directamente al proveedor de su servicio de cuidado infantil.
- ◆ **Cambios:** Debe notificar a DHS de cualquier cambio que se produzca en su horario de trabajo, horario de clases, ingresos, domicilio, composición del grupo familiar, o cambio de proveedores en un plazo de 10 días a partir de la modificación.

CONFERENCIA:

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede discutirla, así como su situación, con el personal de la agencia, obtener una explicación sobre la acción y presentar información para demostrar que la acción no es correcta. Esta conferencia en ninguna forma reduce su derecho a una audiencia según se describe al reverso de esta hoja. Usted puede hablar por sí mismo/a o ser representado/a por un/a abogado/a, un/a amigo/a u otra persona. Si tiene problemas para entender este aviso, puede llamar a **Iowa Legal Aid** al 1-800-532-1275. Si vive en Polk County, llame al 243-1193.

NUEVA SOLICITUD:

Si se ha negado su solicitud o se ha cancelado su asistencia, tiene el derecho de solicitar nuevamente en cualquier momento.

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del trabajador: | Iowa Department of Human Services |
| Teléfono: | |

cc: Proveedor de cuidado infantil

Usted tiene derecho a apelar

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es solicitar una audiencia porque no le guste una decisión que haya tomado el Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos) (DHS). Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con una decisión. No tiene que pagar para presentar una apelación. [441 Código Administrativo de Iowa, Capítulo 7].

¿Cómo debo apelar?

Presentar una apelación es sencillo. Debe apelar por escrito de **una** de las siguientes formas:

- Diligencie una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta en la que nos diga por qué cree que la decisión está errada, o
- Llame un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para llenar una apelación, solicítela en la oficina del DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Usted debe presentar una apelación:

- Dentro de los 30 días calendario después de la fecha de una decisión o
- Antes de la fecha en que una decisión se haga efectiva.

Si presenta una apelación entre los 30 y los 90 días después de la fecha de una decisión, deberá decirnos por qué su apelación se hace tan tarde. Si tiene una buena razón para presentar su apelación con retraso, nosotros decidiremos si tiene derecho a una audiencia.

Si presenta una apelación 90 días después de la fecha de una decisión, no le podremos conceder una audiencia.

¿Puedo continuar recibiendo los beneficios mientras mi apelación esté pendiente?

Usted puede conservar sus beneficios hasta que una apelación llegue a su fin o hasta el final de su período de certificación si presenta una apelación:

- Dentro de los 10 días calendario después de la fecha de una decisión o
- Antes de la fecha en que una decisión se haga efectiva.

Cualquier beneficio que obtenga mientras se decida una apelación es posible que lo deba regresar si la acción del Departamento es correcta.

¿Cómo sabré si se me concedió la audiencia?

Recibirá un aviso de audiencia que le informará la fecha y hora en que se ha programado una audiencia telefónica. Recibirá una carta en la que se le informa si no se le concedió la audiencia. Esta carta le dirá por qué no obtuvo la audiencia. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle la audiencia.

¿Puedo tener ayuda para la audiencia?

Usted o alguien más, como un amigo o un pariente, puede decir por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También podrá tener ayuda de un abogado, pero el Departamento no pagará dicho abogado. La oficina del DHS de su condado puede darle información sobre servicios legales. El costo de los servicios legales se basará en sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en Polk County, llame al 243-1193.

Política relativa a la discriminación, el acoso, la acción afirmativa y la oportunidad igualitaria de empleo.

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si usted considera que el DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.

HORAS DE ELEGIBILIDAD:

- ◆ Usted ha sido aprobado para asistencia de cuidado infantil. Usted únicamente es elegible durante:
 - Horas de trabajo
 - Horas de clase (usted no es elegible durante vacaciones/descansos de semestre o tiempo de estudio)
 - Horas de búsqueda de trabajo
 - Ausencia paterna aprobada
 - Actividades de PROMISE JOBS:

- ◆ El número máximo de unidades que se proyecta que usted usará se lista a continuación. Esto incluye un tiempo razonable de conmutación. El uso de unidades de cuidado infantil para cualquier propósito diferente del que se indica anteriormente, o en exceso sobre el máximo número de unidades proyectadas es responsabilidad suya pagarlo. Usted debe informar cambios en su horario de trabajo o escuela y cambios en los proveedores dentro de los 10 días siguientes. En días que no haya escuela, los niños en edad escolar tienen aprobadas las horas que usted esté trabajando o en la escuela.

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Nombre del niño: | |
| Caso # | |
| Proveedor # | |
| Nombre proveedor: | |
| Proyectado diariamente (Lunes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Martes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Miércoles) | unidades |
| Proyectado diariamente (Jueves) | unidades |
| Proyectado diariamente (Viernes) | unidades |
| Proyectado diariamente (Sábado) | unidades |
| Proyectado diariamente (Domingo) | unidades |
| Proyectado semanalmente | unidades |

cc: Proveedor de cuidado infantil

