

Iowa Department of Human Services  
**Child Care Assistance Review**  
**(Revisión de Subsidio para Cuidado Infantil)**

Fecha

Caso N°

Nombre del asistente

Teléfono del asistente

**Instrucciones**

**Es hora de revisar su elegibilidad para *Child Care* (Cuidado Infantil).** Por favor, llene este formulario y devuélvalo con la siguiente información:

- Comprobantes de los ingresos brutos de su familia y las horas trabajadas durante los últimos 30 días.
- Si está asistiendo a la escuela, copia del horario escolar oficial.

**Si esta información no es presentada en la oficina mencionada antes del su asistencia para cuidado infantil finalizará el día**

Si desea hacer preguntas sobre este formulario o su revisión, por favor llame al asistente que figura en el encabezado. **No olvide firmar este formulario.**

**Información sobre su familia**

Nombre a todas las personas que viven en su hogar, incluyéndose.

¿Necesita cuidado infantil? Sí/No	¿Necesidades especiales? Sí/No	Nombre y apellido	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento	Nº del Seguro Social (opcional)	Ciudadano Sí/No	Si es extranjero, estado migratorio	Nombre del distrito escolar
			Yo						

Infórmenos si su dirección postal o residencial es diferente de la que se indica anteriormente:

Dirección postal			Dirección residencial		
Ciudad	Estado	Cód. Postal	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Teléfono			Otro teléfono		

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)?

### 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.)		
	Comienza	Termina		Comienza	Termina
Domingo	_____	_____	Domingo	_____	_____
Lunes	_____	_____	Lunes	_____	_____
Martes	_____	_____	Martes	_____	_____
Miércoles	_____	_____	Miércoles	_____	_____
Jueves	_____	_____	Jueves	_____	_____
Viernes	_____	_____	Viernes	_____	_____
Sábado	_____	_____	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?		
<b>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.</b>					

¿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 inscrito en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está inscrito en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela:	Nombre de la escuela:
<b>En el caso de ser estudiante, adjunte su horario de clases.</b>	
¿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
¿Cuándo comenzará a buscar empleo?	¿Cuándo comenzará a buscar empleo?
¿Cuántos días por semana buscará empleo?	¿Cuántos días por semana buscará empleo?
¿El padre o la madre no pueden trabajar temporalmente, están asistiendo a capacitación o están cuidando a los niños debido a una enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de padre/madre: _____	

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

<b>Ingreso familiar mensual</b>
---------------------------------

**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"/> 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 \$_____

¿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: \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de la familia se quedó sin trabajo en los últimos 30 días?  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)		

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

Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

¿Reciben *Food Assistance* (alimentos), FIP o asistencia médica?  Sí  No

<b>Recursos (Bienes)</b>
--------------------------

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

Por favor, infórmenos sobre su 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: \_\_\_\_\_

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios? \_\_\_\_\_

¿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: \_\_\_\_\_

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios? \_\_\_\_\_

¿Esta persona actuará como niñera suplente?  Sí  No

(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

## Firma

**No olvide adjuntar sus recibos de sueldo y/o su horario escolar.**

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	Teléfono	Fecha de hoy
Correo electrónico		

## Tiene derecho a apelar

Usted, o la persona que lo ayuda, podrán solicitar una audiencia en caso de no estar de acuerdo con la acción tomada en su caso. Para el programa Food Assistance (alimentos), puede apelar personalmente o por teléfono. En el caso de todos los demás programas, debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, elija **una** de las siguientes maneras:

- Complete el formulario electrónico de apelación en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicándonos por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia (“*Appeal and Request for Hearing*”). Puede conseguirlo en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve el formulario de apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina de DHS.

Puede representarse usted mismo o ser representado por un amigo, un pariente, un abogado o cualquier otra persona.

Si necesita servicios legales, comuníquese con la oficina DHS de su condado. Es posible que deba pagar por dichos servicios. En tal caso, el pago será proporcional a sus ingresos. Además, puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si reside en el Condado de Polk, deberá llamar al (515) 243-1193.

## No será discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, los empleados y los clientes, sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a: Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)

## Cosas que debe saber

Debe informarle a DHS 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 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 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)