

# INSTRUCCIONES DEL PAQUETE CCVS

*Consulte la Carta de documentación de elegibilidad de CCDF que enumera los documentos aceptables para enviar.*

*Todos los formularios deben estar firmados y fechados en la misma fecha. Toda la documentación enviada debe estar dentro de los 60 días anteriores a la fecha de firma de su paquete, a menos que se indique lo contrario. Esto incluye la página de información del proveedor.*

## DOCUMENTACIÓN Y FORMULARIOS REQUERIDOS PARA COMPLETAR SU AUTORIZACIÓN

- Planilla del Padre/Solicitante: Debe estar completa, firmada y fechada. Debe colocar los ingresos correspondientes en todas las casillas. Si no recibe, coloque un cero en la casilla. Las preguntas del reverso deben responderse en su totalidad. Para preguntas que no se aplican a usted, escriba "NA". No olvide firmar la planilla para padres/solicitantes. La línea de firma está en la página 3.
- Residencia: Debe incluir su nombre completo, dirección completa y estar fechado dentro del período actual de 60 días de su hoja de trabajo de padre/solicitante.
- Necesidad de servicio para adultos: envíe al menos un talón de pago que debe estar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la firma del solicitante en el formulario estatal 805 o la hoja de trabajo del padre/solicitante. Si asiste a la escuela debe presentar el horario escolar actual. SI HA CAMBIADO DE EMPLEO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, DEBE PROPORCIONAR LOS TALONES DE CHEQUE DEL EMPLEADOR ANTERIOR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS O EL ÚLTIMO CHEQUE.
- Página de información del proveedor: este formulario debe ser completado en su totalidad por su proveedor. El proveedor debe incluir todas las tarifas en cada columna por cada niño.

## CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES PARA LA AUTORIZACIÓN

*Los formularios están disponibles en nuestro sitio de web en [www.childrens-bureau.org](http://www.childrens-bureau.org)*

- Formulario de detalles de salarios: Debe completarse si le pagan con cheque comercial/personal y requiere copias de los cheques cancelados, el anverso y el reverso, para cada fecha de pago indicada.
- Otros Ingresos Contables: Si recibe Desempleo vaya al siguiente sitio web: <https://uplink.in.gov/CSS/CSSClaimHomePage.htm>. La documentación de desempleo debe estar fechada en la misma fecha en que fecha su paquete e imprime todos los montos de desempleo recibidos. Si recibe Beneficios del Seguro Social/SSI, debe proporcionar una carta de beneficios del AÑO ACTUAL. Si recibe TANF, debe proporcionar una carta de beneficios de TANF recibida en los últimos 12 meses.
- Verificación de Nuevo Trabajo: Debe completarse si tiene un nuevo trabajo y no tiene que presentar talones de pago.
- Hoja de trabajo del empleado que recibe propinas: si recibe propinas en sus talones de pago, debe completar este formulario.
- Atestación de nombre: si algún documento presentado para adultos en la solicitud tiene un nombre y apellido diferentes o mal escritos, se debe completar este formulario. El formulario está disponible en nuestro sitio web.
- Declaración de ganancias/pérdidas: si usted o el otro adulto trabajan por cuenta propia, este formulario debe completarse en su totalidad. Requiere una Transcripción de impuestos del IRS que incluya un Anexo C para el año fiscal anterior. Las sociedades requieren el Formulario 1065 y el Anexo K para el año fiscal anterior. Si trabaja por cuenta propia, vaya al sitio de web [www.childrens-bureau.org](http://www.childrens-bureau.org) para imprimir el estado de ganancias y pérdidas y enviarlo con el paquete.

- Proveedor – Declaración de los padres: debe completarse si está empleado con un proveedor de guardería. Su proveedor y usted deben completar el formulario. El formulario de declaración de padres y proveedores está disponible en la oficina o en nuestro sitio web.
- Verificación de inscripción en la escuela secundaria: Debe completarse si está en la escuela intermedia o secundaria. Este formulario no es para estudiantes universitarios. El formulario está disponible en la oficina o en nuestro sitio de web.
- Autorización de la tarjeta Hoosier Works for Child Care: debe completarse si su tarjeta magnética actual no funciona o la ha perdido. El formulario está disponible en nuestro sitio de web.

### **DEVOLUCIÓN DE SU PAQUETE DE AUTORIZACIÓN**

- 1) Revise todos los formularios para asegurarse de haberlos firmado y fechado. Algunos formularios son anverso y reverso. Revisa cuidadosamente.
- 2) Asegúrese de que los documentos que envíe sean legibles. Si los documentos no son legibles, no serán aceptados y su reautorización no será procesada.
- 3) Si tienes alguna pregunta, por favor llama 317-545-5281 or 1-866-287-2420 Ext 16100
- 4) Devuelva su paquete de autorización y documentos antes de la fecha de vencimiento.
- 5) Si envía su paquete por correo, debe ser pesado por la oficina de correos para asegurar el franqueo correcto. No aceptamos paquetes con franqueo pendiente.
- 6) Si envía su paquete por fax, todos los documentos y formularios deben ser legibles o no serán aceptados. Recuerde, las máquinas de fax no envían ambos lados de documentos de dos lados.

#### **DIRECCIÓN DE ENVÍO:**

**Children's Bureau, Inc.  
3801 N. Temple Ave.  
Indianapolis, IN 46205**

#### **NÚMERO DE FAX:**

**317-545-1069 (please call to confirm receipt)**

#### **CORREO ELECTRÓNICO:**

**[ccdfvouchers@childrensbureau.org](mailto:ccdfvouchers@childrensbureau.org)**

Para ser considerado para el programa del vale del cuidado de niño usted debe ser actualmente en el trabajo y/o atendiendo la escuela o participando en una actividad elegible del IMPACTO o tener una referencia de su trabajadora de DCS. Para determinar la elegibilidad, se necesitan los siguientes elementos de parte suya y de su cónyuge o del padre de su hijo, si corresponde.

Prueba de la identidad Si tiene alguna pregunta, llame al: 317-545-5281 ext 16100. También puede llamar a nuestro número gratuito al 1-866-287-2420. **Sin toda la documentación adecuada, no podremos completar y procesar su solicitud.**

**Prueba de identidad (debe ser válido)**

- ✓ Licencia de conducir de los padres o identificación estatal o pasaporte o identificación militar o identificación escolar o identificación de trabajo
- ✓ Para todos los niños en el hogar DEBEN tener la fecha de nacimiento en la lista: Actas de nacimiento; Certificado de nacimiento emitido por el hospital; carta de confirmación de nacimiento; pantalla ICES; Registro judicial de adopción, paternidad o colocación de crianza; pasaporte; tarjeta de residencia permanente; tarjeta de Medicaid; Registros de vacunas o registros escolares o identificación estatal
- ✓ \*Padres de crianza: Todo lo anterior más: Licencia de padre de crianza válida que coincida con la residencia de los padres de crianza verificación y carta de colocación actual del trabajador social de la agencia DCS/Foster firmada o actual por documentación de día con el nombre del niño(s) u orden de colocación de la corte o formulario estatal 3319.

**Prueba de una necesidad del servicio (trabajando y/o atendiendo la escuela y/o participando en el programa de TANF/IMPACT)**

- ✓ **Si trabaja:** envíe al menos un talón de pago que debe estar dentro de los 60 días a partir de la fecha de la firma del solicitante en el formulario estatal 805 o Hoja de trabajo para padres/solicitantes. Los talones de cheques deben incluir su nombre y salarios brutos o al menos un cheque cancelado (anverso y reverso), que debe ser dentro de los 60 días a partir de la fecha de la firma del solicitante en el Formulario estatal 805 o Padre/Solicitante. Hoja de cálculo. Los cheques cancelados deben incluir: el nombre del empleador impreso en la esquina superior izquierda del cheque, Solicitantes/Co-Nombre de los solicitantes en pago a la orden de línea; fecha actual en la línea de fecha; cantidad pagada; el cheque ha sido totalmente negociado (cobrado) según consta en el reverso del cheque cancelado por la institución financiera; Y Formulario de detalle de salarios completado por empleador. También se puede aceptar un resumen del historial de salarios generado por computadora de su empleador o el formulario estatal 54092.
- ✓ **Si comienza nuevo trabajo:** la verificación de asegurar el empleo en papel con membrete de la compañía incluyendo el número de identificación de patrón, incluyendo la fecha que empezó a trabajar, número de horas esperaba trabajar cada semana y salario cada hora y/o una tarjeta de negocio de su patrón.
- ✓ **Si asiste a un programa de educación a través de una organización o institución de educación/capacitación certificada o acreditada:** La documentación actual de la escuela debe incluir el nombre del estudiante, el nombre de la escuela, las horas de crédito tomadas y/o las horas de participación, y Fechas semestrales o fecha de inicio y finalización, si corresponde. **Tenga en cuenta: aquellos con dos asociados, uno de cuatro (4) años el programa de grado o maestría no califica para los servicios de CCDF**
- ✓ **Si TANF/IMPACT:** formulario de referencia (para clientes nuevos de TANF/IMPACT: este fue enviado por su trabajador a Children's Bureau)
- ✓ **Si DCS:** (Departamento de Servicios Infantiles): una declaración escrita del trabajador social de CPS que indique que los niños viven en su propia casa, los niños necesitan atención fuera de su propia casa, horas de cuidado necesaria por semana, información de contacto del trabajador social CPS (esto es solo para padres biológicos)

**Verificación de residencia (debe ser válida/recibida en los 60 días anteriores a la fecha de su firma)**

- ✓ Prueba de residencia: El corriente contrato de la renta o Declaración del arriendo o el recibo de la renta o el conducto de la El documento de prueba de residencia debe incluir: nombre del solicitante o cosolicitante, dirección completa que incluya la dirección postal, ciudad y/o código postal y fecha no mayor a 60 días antes de la fecha de la firma del solicitante en el formulario estatal 805 para padres/solicitantes. Se puede aceptar un contrato de arrendamiento por el período de arrendamiento actual

**Verificación de todas las demás fuentes de ingresos (si corresponde):**

- ✓ Carta de beneficios del Seguro Social (SSI)
- ✓ Documentación actual de desempleo que muestre ingresos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la firma del solicitante
- ✓ Carta de beneficios de TANF actual (cualquier cliente de TANF/IMPACT debe tener referencia y todas las pruebas de ICES)

**Información del proveedor de cuidado infantil calificado por CCDF:**

- ✓ Página de información del proveedor completada únicamente por un proveedor de CCDF autorizado o certificado. Su proveedor de cuidado infantil de CCDF debe completar una página de información del proveedor antes de su entrevista. A determinar si su proveedor de cuidado infantil es elegible para CCDF comuníquese con la Línea de recursos y referencias de cuidado infantil (CCRR) al 1-800-299-1627 (Si trabaja para el proveedor de cuidado infantil al que asisten sus hijos, debe proporcionar al proveedor de cuidado infantil de la agencia

**(Si usted trabaja para la guardería donde sus niños atienden usted debe de tener una forma firmada por la guardería que diga que usted no trabaja con sus propios niños. Usted también debe de firmar la letra.)**



## PLANILLA PARA EL PADRE/SOLICITANTE

Formulario del Estado 56907 (R / 5-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

|                                                                                                              |                                                                               |                                                               |                                    |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del padre/solicitante                                                                                 | Número del Sistema Automático de Consultas<br>(AIS, por sus siglas en inglés) | Fecha de nacimiento del padre/<br>solicitante (mes, día, año) | Número telefónico del hogar<br>( ) | Otro teléfono o número de contacto<br>( )                                           |
| Domicilio (número y calle, ciudad, estado y código postal)                                                   |                                                                               |                                                               | Condado                            | ¿Es una dirección nueva?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correspondencia (si es distinta a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal) |                                                                               |                                                               | Idioma principal que habla         | Dirección de correo electrónico                                                     |

| ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR |                                        |                                   |                                                         |                                                         |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, apellido              | Fecha de nacimiento<br>(Mes, día, año) | Relación con el padre/solicitante | ¿Trabaja?                                               | ¿Va a la escuela?                                       | Curso más alto que haya completado | Horas que trabaja o está en la escuela por semana | Horas que dedica a viajar por semana | Horas que dedica al estudio por semana | Días por semana en los que necesita atención<br>(D, L, M, Mi, J, V, S) |
| SOLICITANTE                   |                                        |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |
|                               |                                        |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |

| NIÑO QUE VIVE EN EL HOGAR |                     |                                   |                                                         |                                                               |                                                            |                                                            |                                                         |  |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| Nombre, apellido          | Fecha de nacimiento | Relación con el padre/solicitante | ¿El niño necesita cuidado?                              | ¿Cuál de los padres vive en el hogar?                         | Hora de ingreso más temprana                               | Hora de salida más tardía                                  | ¿Hay otro cuidador infantil?                            |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

| INFORMACIÓN DE INGRESOS: incluya todos los ingresos que haya recibido en los últimos sesenta (60) días. |               |          |                                                                        |                          |               |          |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Origen del ingreso                                                                                      | Monto mensual | De quién | Verificación que debe adjuntarse                                       | Origen del ingreso       | Monto mensual | De quién | Verificación que debe adjuntarse                                                                             |
| Pensión alimentaria                                                                                     |               |          | Debe mencionarse un importe, aunque sea cero (0)                       | Remuneraciones / salario |               |          | Talón de pago o cheque cancelado (frente y atrás) y formulario de detalle de remuneraciones (si corresponde) |
| Seguro social                                                                                           |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Asistencia de vivienda   |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| Seguridad de Ingreso                                                                                    |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Cupones de alimento      |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| TANF                                                                                                    |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Trabajo Estudio          |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| Desempleo                                                                                               |               |          | Enlace de página de inicio del demandante o verificación de la agencia | Otro                     |               |          | Adjuntar información correspondiente                                                                         |

| RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. ¿En qué distrito escolar vive?                                                                                                                                            |  | 2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o para víctimas de violencia doméstica?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         |  | 3. ¿Está viviendo en su automóvil, en un parque o en otro espacio público?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                               |  | 5. ¿Dónde vive su familia?                                                                                                                                                |  | 6. ¿Alguno de los niños de su solicitud es discapacitado?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |  |
| ¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos del Servicio Militar de Estados Unidos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  | ¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos de la Guardia o la Reserva Nacional?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  | ¿Tiene bienes por un valor que supere a un (1) millón de dólares?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |  |

## DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PADRE O SOLICITANTE

### Comprendo que la información siguiente corresponde a mi tarjeta Hoosier Works for Child Care (HWCC) y que registra la asistencia de mi hijo:

- Comprendo que estaré obligado a documentar por vía electrónica la información de asistencia de mi(s) niño(s). Solo usaré mi tarjeta Hoosier Work for Child Care para documentar la asistencia cuando verdaderamente refleje la atención recibida.
- Comprendo que si no hago uso de mi asistencia para el cuidado infantil dentro de los sesenta (60) días, quedará sin vigencia.
- Comprendo que podré documentar electrónicamente, o de cualquier otra manera, la asistencia de mi hijo cuando concorra al lugar al que fue asignado mi cupón.
- Comprendo que no puedo dejar mi tarjeta Hoosier Works for Child Care con el proveedor de cuidados infantiles de mi hijo. Acepto mantener confidencial mi número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés), ya que es mi firma electrónica. Comprendo que no cumplir con todo esto puede producir la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil y el reembolso de la asistencia para el cuidado infantil que se haya pagado en mi nombre.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar a la admisión si pierdo o me roban la tarjeta Hoosier Works for Child Care.
- Comprendo que puedo utilizar hasta veinte (20) días personales. Las solicitudes de días personales se utilizarán a mi criterio en los días en los que el proveedor estaba abierto y mi(s) niño(s) debía(n) asistir, pero no lo hizo (hicieron) en ningún momento del día.

### Comprendo la siguiente información con respecto a mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios CCDF:

- Comprendo que es mi responsabilidad proveer al agente de admisión información completa y precisa, por ejemplo, sobre mis ingresos y cómo está compuesta mi familia. Comprendo que se me pedirá que envíe prueba de la información suministrada.
- Comprendo que es posible que me pidan que verifique estas declaraciones y que dé mi consentimiento a la agencia, desde donde pido los servicios, para hacer cualquier contacto que sea necesario y verificar las declaraciones.
- Comprendo que la asistencia infantil subsidiada no comenzará hasta que se hayan completado todos los formularios y haya recibido notificación escrita por parte de la Oficina o su representante.
- Comprendo que debo informar al agente de admisiones cuando concluya mi necesidad de recibir servicios, cuando cambie mi estado de TANF, cuando cambie la composición de mi familia, si me mudo a otro estado o cambio mi número telefónico, tengo bienes por un total que supera al un (1) millón de dólares o si se produce un cambio en mis ingresos que supere el 85% del ingreso promedio del estado (State median income, SMI), dentro de los diez (10) días corridos a partir de que se produce el cambio y también debo presentar documentación respaldatoria, si es necesario.
- Comprendo que quizás se me pida que colabore con el personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que si no colaboro, podría quedar excluido del programa.

### Comprendo las siguientes situaciones con respecto a mi proveedor de servicios para el cuidado infantil:

- Comprendo que debo solicitar el cambio de proveedor enviando una Página de Información del Proveedor completa y actualizada a la Oficina de Admisiones de CCDF antes del mediodía del día anterior al último día laborable de la semana.
- Comprendo que la elección del cuidador no es solamente una elección mía, sino una responsabilidad.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar cualquier tipo de sospecha de abuso infantil o negligencia a la autoridad correspondiente y los demás tienen la misma responsabilidad con respecto a mis hijos.
- Comprendo que el reembolso por el cuidado de mi hijo se hará directamente al proveedor, a menos que el cuidado lo brinde en mi hogar una persona que no viva allí, en esa situación, el pago se me hará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados y también cualquier copago. También comprendo que es mi responsabilidad retener y hacer cualquier pago que corresponda al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) por el proveedor de cuidado infantil y presentar el informe de final de año al IRS.
- Comprendo que los padres, padrastos o tutores no recibirán pago por ser cuidadores de sus propios hijos.
- Comprendo que no pagar cualquiera de los copagos por cuidado infantil podría hacer que mi familia quede eliminada de esta asistencia financiera.

### Comprendo mis derechos para recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF:

- Comprendo que la información que concierne a mi familia con respecto al programa de cupones CCDF, y los servicios que recibo, se tratarán como confidenciales y se utilizarán únicamente para administrar el programa de cupones CCDF.
- Comprendo mi derecho a presentar un reclamo por escrito.
- Comprendo que puedo enviar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con alguna acción que se tome con respecto a mi elegibilidad para CCDF.

### Comprendo que mi beneficio de cuidado infantil podría ser cancelado por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de más información con respecto a la determinación de elegibilidad, por parte de la Oficina o sus agentes, dentro del plazo exigido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días desde el primer pago omitido.
- No documentar la asistencia del niño al CCDF elegible, de la manera en que lo exige la Oficina.
- No reembolsar completamente al proveedor domiciliario elegible de CCDF (niñera).
- Enviar reclamos de asistencia por el plazo en el que el niño no asistió al CCDF elegible, a excepción de las vacaciones aprobadas y los días personales, según permita la Oficina.
- Permitir que una persona no autorizada, incluso el proveedor de cuidado infantiles elegible de CCDF, posea una tarjeta de CCDF, el número de una tarjeta, o un número de identificación personal, contraseña o cualquier otra herramienta para ingresar electrónicamente información de asistencia, según corresponda.
- No mantenerse actualizado en cualquier acuerdo de reembolso existente que haya determinado la Oficina.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

### Comprendo que mi asistencia infantil será cancelada por cualquiera de los siguientes motivos:

- Exceso de ausencias no justificadas.
- Cambio de domicilio, fuera del estado.
- Fraude conformado o violaciones intencionales al programa.
- No brindar información completa al momento de pedir autorización o hacer actualización.
- El ingreso familiar de CCDF no cumple con los criterios financieros de elegibilidad.
- El hogar CCDF no cumple con los requisitos de servicio.
- El copago excede al subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN**

18 U.S.C. § 1001 autoriza penalizaciones criminales sobre un individuo que, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, a sabiendas y voluntariamente falsifique, oculte o cubra mediante cualquier treta, engaño o creación de un hecho material, o haga declaraciones o representaciones falsas, ficticias o fraudulentas, o haga cualquier escrito o documento falso sabiendo que contiene afirmaciones o datos falsos, ficticios o fraudulentos. Los infractores serán sometidos a multas de hasta \$250,000 y a prisión por hasta cinco años. Los infractores que formen parte de una organización serán sometidos a multas de hasta \$500,000 (18 U.S.C. § 3571). Además, la Sección 3571(d) autoriza multas de hasta dos veces el monto neto de ganancias obtenidas por el infractor si es mayor que el monto específicamente autorizado por el estatuto de sentencia.

Sección 35-43-5-7: Fraude de asistencia social. (a) Una persona que a sabiendas o intencionalmente: (1) obtiene asistencia o beneficios públicos mediante la suplantación, transferencia ficticia, declaraciones orales o escritas falsas o engañosas, traspasos fraudulentos u otras acciones fraudulentas; (2) adquisiciones, posesiones, usos, transferencias, ventas, negociaciones, emisiones o disposiciones de: (A) un documento de autorización para obtener asistencia pública; o (B) asistencia o beneficios públicos; excepto los que estén autorizados por ley; (3) uso, transferencia, adquisición, emisión o posesión de un documento de autorización en blanco o incompleto para participar de programas de ayuda o asistencia pública, excepto los autorizados por ley; (4) falsifique o altere un documento de autorización para recibir asistencia o beneficios públicos, o a sabiendas use, transfiera, adquiera o posea un documento de autorización falsificado o alterado a fin de recibir asistencia o beneficios públicos; o (5) oculte información a los fines de recibir asistencia o beneficios públicos a los que no tiene derecho; cometa fraude de asistencia social, un delito de Clase A, excepto por lo provisto en la subsección (b). (b) La infracción es: (1) un delito de Clase D si: (A) el monto del beneficio o la asistencia pública es mayor a doscientos cincuenta dólares (\$250) pero menor a dos mil quinientos dólares (\$2500); o (B) el monto es cuestión es menor de doscientos cincuenta dólares (\$250) y la persona tiene una condena anterior por fraude a la asistencia social, de acuerdo con esta sección; y (2) un delito de Clase C si el monto de la asistencia o del beneficio público en cuestión es de dos mil quinientos dólares (\$2500) o más, sin que importe si la persona tiene una condena anterior por fraude a la asistencia social, de acuerdo con esta sección. (c) Siempre que la persona reciba una condena por fraude a la asistencia social de acuerdo con esta sección, el empleado del tribunal que emite la sentencia deberá certificar frente a la agencia estatal que corresponda y la agencia estatal que corresponda del condado del domicilio del acusado: (1) su condena y (2) si el acusado goza de libertad condicional y se ordena la restitución según IC 35-38-2.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|
| <p>He leído y comprendo las penalidades por falsificar información, de acuerdo con lo detallado en esta solicitud. Comprendo que cualquier omisión, tergiversación o falsificación deliberada de cualquier información contenida en esta solicitud o en cualquier comunicación en la que se brinde información a la Oficina/Administración de Servicios Sociales y de Familia sobre Primera Infancia y Aprendizaje Fuera de la Escuela, o cualquier alteración intencional de cualquier parte del texto en esta solicitud, podría ser castigada por penalizaciones criminales, civiles, o administrativas, incluso, entre otras la negación o revocación de los beneficios de CCDF, o la imposición de multas, daños civiles o la prisión.</p> |                                             |                       |
| Firma del padre / solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre en letra de imprenta del solicitante | Fecha (mes, día, año) |

[illegible]



POR FAVOR RESPONDA O ENCIERRA CADA PREGUNTA Y DEVUELVA CON EL PAQUETE COMPLETO

Estás: ☐ Empleado ☐ Asistiendo la Escuela ☐ Buscando Empleo

¿Cuántas horas semanales está solicitando en Cuidado de Niños?: \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños de 17 años o menos hay en el hogar? \_\_\_\_\_

Tamaño total de la familia en el hogar (incluido usted y su cónyuge/padre de los niños) \_\_\_\_\_

Relación con el niño: ☐ MADRE or ☐ PADRE ☐ SOLTERO/A or ☐ CASADO/A

Está el otro Adulto (Padre/Madre de los Niños) en el Hogar? ☐ YES ☐ NO

EL otro adulto está ☐ Empleado ☐ Asistiendo la Escuela ☐ Buscando Empleo

Usted (madre/padre) recibe Medicaid? ☐ SÍ ☐ NO ¿Sus hijos reciben Medicaid? ☐ SÍ ☐ NO

Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO Son los niños ciudadanos de los Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

| Recibes:         | Manutención de los hijos | TANF (debe incluir la carta de beneficios) | SSI (debe incluir la carta de beneficios) | SNAP- Cupones de alimentos | Asistencia para la vivienda | Desempleo (debe incluir carta de beneficios) |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
| Cantidad por mes |                          |                                            |                                           |                            |                             |                                              |

Qué otro tipo de ingresos recibe? \_\_\_\_\_

Cuál es el grado más alto completado? \_\_\_\_\_ LICENCIATURA \_\_\_\_\_

A qué distrito escolar asisten sus hijos? \_\_\_\_\_

\*\* Si los niños asisten a la escuela, incluya el calendario escolar con el formulario del proveedor \*\*

LOS PADRES DE CRIANZA: Tienes una licencia de crianza? ☐ SÍ O ☐ NO Debe incluir una copia de la licencia

LOS PADRES DE CRIANZA: ¿Los niños están relacionados entre sí? ☐ SÍ O ☐ NO

¿Necesita una nueva tarjeta magnética? ☐ SÍ O ☐ NO  
(En caso afirmativo, lea las circunstancias especiales en el paquete de instrucciones de CCVS)





# INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Formulario del Estado 56903 (R2 / 4-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

**INSTRUCCIONES:** El proveedor debe completar toda la información y firmar el formulario.

**IMPORTANTE:** Los proveedores elegibles deben demostrar que cumplen con las Estándares Mínimos de CCDF antes de participar en este programa.

**PADRE/TUTOR:** El cuidador debe completar esta información en su totalidad. El proveedor de CCDF debe permitir que el padre o tutor haga visitas no programadas al programa de cuidado infantil, durante las horas en que funciona dicho programa. Lleve el formulario completo a la cita para colaborar y que se completen rápidamente los vales de cuidado infantil. Si desea cambiar el proveedor debe obtener nuevos vales antes de asistir, o quizás el pago por el cuidado pase a ser su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de admisiones local.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del padre/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | Fecha en que se completa (mes, día, año)                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| Nombre del cuidador                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| Nombre comercial (si corresponde)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Número de identificador de empleador (EIN, por sus siglas en inglés) de la empresa (si corresponde)      |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| Domicilio donde se presta el servicio de cuidado (número y calle, ciudad, estado y código postal)                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          | Condado                                                                                                                               |                                                                                                           |
| Tipo de proveedor<br><input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Hogar exento de licencia <input type="checkbox"/> Institución exenta de licencia <input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar del niño |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| Número de licencia / registro / exención                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | ¿Se trata de un aumento de nivel de Caminos a la Calidad (PTQ, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                           |                                                                                                          | Número de teléfono ( )                                                                                                                |                                                                                                           |
| Número de fax ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| Horario de atención (por ejemplo, de 7 a.m. a 6 p.m.)                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               | Días de atención (Marque todos los que correspondan)<br><input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
| ¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                 |                               | En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzará el cuidado del niño? (Mes, día, año)                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                          | ¿Es para un niño que está sometiendo su caso a una reautorización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            |                                                                                                           |
| Nombre del niño (nombre y apellido)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Edad del niño<br>Años / meses | Jardín de infantes<br>(Marque HD si irá medio día o FD si irá el día completo)                                                                                                                                                                                                              | Cargo actual<br>(Enumerar cargos para el año escolar de acuerdo con la edad escolar) Semana / Día / Hora | Cargo para el Próximo Grupo de Edad (si el niño actualmente tiene dos años (2), marque el cargo de tres años (3)) Semana / Día / Hora | Edad escolar Otra<br>(Mencione los cargos para cuidados durante el verano o la noche) Semana / Día / Hora |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                           |

|                                                                                                               |                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Usted es familiar del niño mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                        | Si la respuesta es Sí, por favor, amplíe la información.                                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                       |  |
| <b>PARA CUIDADOS DE JARDÍN, JORNADA COMPLETA CON OTRA EDAD ESCOLAR</b>                                        |                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                       |  |
| Fecha en la que comienza el año escolar (mes, día, año)                                                       | Fecha en la que termina el año escolar (mes, día, año) | ¿El niño en edad escolar necesita vales de cuidado con turnos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Este formulario es para pre jardín On My Way Pre-K o cuidado con turnos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue Sí, se debe presentar un calendario escolar. |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>AFIRMACIÓN DEL PROVEEDOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                       |
| Afirmo que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, afirmo que el cuidado infantil se brindará en la dirección mencionada más arriba y acepto cumplir con las normas y normativas del programa CCDF que está disponible en <a href="http://www.childcarefinder.in.gov">www.childcarefinder.in.gov</a> . También comprendo que debo permitir que los padres o el tutor hagan visitas no programadas a mi programa de cuidado infantil, durante el horario en el que el programa está en funcionamiento. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada más arriba o la persona autorizada designada. |                          |                       |
| Nombre en letra de imprenta del proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Aclaración del proveedor | Fecha (mes, día, año) |