

# Instrucciones del paquete OMW Pre K

*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.childrensbureau.org](http://www.childrensbureau.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.childrensbureau.org](http://www.childrensbureau.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 diem 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 patron.
- ✓ **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 (AIS, por sus siglas en inglés)	Fecha de nacimiento del padre/solicitante (mes, día, año)	Número telefónico del hogar ( )	Otro teléfono o número de contacto ( )
Domicilio (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado	¿Es una dirección nueva? <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 (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 (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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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 <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Está viviendo en su automóvil, en un parque o en otro espacio público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Dónde vive su familia?	6. ¿Alguno de los niños de su solicitud es discapacitado? <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? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene bienes por un valor que supere a un (1) millón de dólares? <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, padrastros 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.





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)

# AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE HOOSIER WORKS FOR CHILD CARE SOLICITANTE Y COSOLICITANTE TITULARES DE TARJETA

Nombre del caso: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del cosolicitante titular de tarjeta: \_\_\_\_\_

Motivo para la emisión: (A) Nuevo solicitante  Solicitante  Cosolicitante  
(Marque todos los que correspondan) (B) Reemplazo  Perdida/robada  No funciona  Otra: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido esta TARJETA DE HOOSIER WORKS FOR CHILD CARE y comprendo las normas que regulan su uso.

- Comprendo que no puedo permitirle a nadie, ni siquiera a mi proveedor de servicios de cuidado infantil, que tenga o use mi tarjeta de Hoosier Works for Child Care para autorizar transacciones de asistencia de los niños.
- Comprendo que el proveedor nunca debe intentar obligarme a violar esta norma. Si el proveedor intenta obligarme a violar la norma, deberé informarlo inmediatamente al Agente de Admisión Local, para que derive el caso al Estado.
- Sólo se aceptarán excepciones a esta norma mediante documentación escrita de la Oficina.

No cumplir con la norma anterior podría ocasionar que se inicie una **acción negativa** contra mí o el proveedor de cuidados infantiles, incluso podría finalizar nuestra participación en el programa de vales del Fondo para el Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDF).

- He recibido la TARJETA HOOSIER WORKS FOR CHILD CARE.
- Mi tarjeta se enviará por correo, cuando se procese mi solicitud, si es que tengo vales válidos

Firma del solicitante / cosolicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>SOLO PARA USO OFICIAL</b>	
Número de tarjeta (16 dígitos): _____ <i>(O adjunte una fotocopia del frente de la tarjeta HW)</i>	
Emisor: _____	Fecha: _____

<b>CAPACITACIÓN PARA USAR LA TARJETA</b>	
_____	Video y verbal/escrita
_____	Solo verbal/escrita



## PREJARDÍN ON MY WAY PRE-K Formulario de consentimiento de padres



Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre)  
padre / tutor de \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del niño), he inscrito a mi  
hijo en un proveedor aprobado de prejardín On My Way Pre-K y participaré  
voluntariamente de los requisitos que tiene el programa de asistencia para prejardín.  
Comprendo que el objetivo general de este programa es brindar educación preescolar de  
calidad a mi hijo.

### **Como beneficiario del programa, comprendo que mi familia recibirá estos beneficios:**

- \$ \_\_\_\_\_ en honorarios del programa, que se pagarán directamente al  
proveedor de prejardín que elija. *(Admisión: ingresar el monto de la asignación)*
- Educación preescolar para mi hijo en un proveedor aprobado y de calidad de  
prejardín On My Way Pre-K.
- Una evaluación de preparación para el jardín, como parte de la evaluación ISTAR-KR.
- Participación en Estudio Longitudinal para hacer un seguimiento de los avances  
académicos y del desarrollo de mi hijo hasta 3er grado.
- Participación en Actividades de Compromiso y Participación Familiar provistas por mi  
proveedor de prejardín seleccionado.

### **Como resultado de recibir estos beneficios, acepto hacer lo siguiente:**

- Mi hijo asistirá al programa al menos el 85% de los días en los que se ofrezca el servicio  
de prejardín.
- Mi hijo asistirá al programa de prejardín que haya seleccionado durante todo el plazo  
que dure el programa durante el año.
- Permitiré que mi hijo participe de la evaluación externa que lleven adelante los  
investigadores. La misma incluye evaluaciones de preparación para el jardín y la  
medición del progreso académico y del desarrollo.
- Participaré de las actividades de compromiso y participación familiar que ofrezca el  
programa de prejardín que haya seleccionado, inclusive de reuniones con el maestro de  
mi hijo a fin de informarme sobre sus avances.
- Completaré los formularios que sean necesarios para que mi hijo reciba un número de  
prueba del estudiante del Departamento de Educación de Indiana (STN, por sus siglas  
en inglés).
- Comprendo que la información que contiene la solicitud de subvención de mi hijo,  
excepto los ingresos, pueden compartirse con el proveedor de prejardín On My Way  
Pre-k que haya seleccionado.
- Inscribiré a mi hijo al jardín de infantes el año próximo.
- Le leeré a mi hijo cada semana.

**Al firmar, confirmo que comprendo lo siguiente:**

- On My Way Pre-K es un programa académico y la asistencia de mi hijo es importante para su éxito en la preparación para asistir a la escuela.
- Mi participación en la educación de mi hijo, inclusive participar del programa On My Way Pre- K, es parte importante del éxito escolar de mi hijo.
- No cumplir con los requisitos de participación puede hacer que finalice la subvención para mi hijo.
- Mi hijo debe asistir al programa de pre jardín ubicado en la dirección aprobada por el programa y mientras dure el programa mencionado en el Formulario de Información del Proveedor enviado por mi hijo.
- Un cambio en el condado en el que vive mi familia podría hacer que finalice la subvención para mi hijo.
- Brindar información incorrecta o engañosa en cualquiera de los formularios que pide el programa de subvención On My Way Pre-K, incluso, entre otros, los documentos de solicitud y los registros de asistencia, puede hacer que finalice inmediatamente la subvención para mi hijo, el reembolso de cualquier tarifa pagada de más en nombre de mi hijo, además de cargos criminales, si corresponden.

---

(Nombre en letra de imprenta)

---

(Nombre del niño)

---

(Firma)

---

(Fecha)



# INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA ON MY WAY (OMW)

Formulario del Estado 56897 (R / 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 Normas Mínimas de CCDF antes de poder participar en este programa.

Nombre del padre o tutor		Fecha en la que se completó (mes, día, año)		¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del cuidador			Número de Seguridad Social del cuidador (solo los últimos cuatro dígitos)		
Nombre de la empresa (si corresponde)			Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) de la empresa (si corresponde)		
Dirección en la que se presta el servicio de cuidado (número y calle, ciudad, estado y código postal)					
Tipo de proveedor OMW <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Centro exceptuado de licencia <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Número de licencia / registro / exención			Nivel actual de Paths to Quality (PTQ) que tiene el proveedor		
Horarios de atención (por ejemplo de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de atención (marque todas las opciones que correspondan) <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			
Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	¿Prejardín OMW Regular de Elegibilidad Limitada?	Costo semanal actual del prejardín OMW Pre-K **	Fecha de comienzo del prejardín OMW (Mes, día, año)	Fecha de finalización del prejardín OMW (Mes, día, año)
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			

\*\* Ingrese \$147.82 SOLAMENTE en el costo semanal de Elegibilidad Limitada. El costo semanal del proveedor por el servicio Regular de OMW debe reflejar el costo semanal cobrado a TODAS las familias.

¿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.
Si es una escuela pública, privada o autónoma ¿el niño necesita de vales por cuidado con interrupciones (cuidado en otro proveedor cuando su escuela no está funcionando)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, <u>se debe adjuntar un cronograma escolar.</u>

## DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

Declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, declaro que el cuidado infantil se brindará en la dirección mencionada y acepto cumplir con las normas y normativas del programa de CCDF, que están disponibles en [www.childcarefinder.in.gov](http://www.childcarefinder.in.gov) También comprendo que debo permitir que los padres o tutores hagan visitas no programadas a mi programa de cuidado infantil, durante los horarios en que esté funcionando. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada más arriba o la persona autorizada designada.

Firma del proveedor	Nombre del proveedor en letra de imprenta	Fecha (mes, día, año)
---------------------	---	-----------------------



# 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 <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) <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		
<b>Nombre del niño (nombre y apellido)</b>		<b>Edad del niño Años / meses</b>	<b>Jardín de infantes (Marque HD si irá medio día o FD si irá el día completo)</b>	<b>Cargo actual (Enumerar cargos para el año escolar de acuerdo con la edad escolar) Semana / Día / Hora</b>	<b>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</b>	<b>Edad escolar Otra (Mencione los cargos para cuidados durante el verano o la noche) Semana / Día / Hora</b>

¿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	<b>Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue Sí, se debe presentar un calendario escolar.</b>

<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		Fecha (mes, día, año)
Aclaración del proveedor		