

INSTRUCCIONES DEL PAQUETE CCDF

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

- **Hoja de trabajo del solicitante para servicios de cuidado infantil:** Debe completarse en su totalidad, firmarse y fecharse. Debe indicar los ingresos correspondientes en todas las casillas. Si no percibe ingresos en alguna categoría, coloque un cero en la casilla respectiva. Las preguntas que figuran en el reverso deben responderse en su totalidad. Para aquellas preguntas que no le sean aplicables, por favor escriba "NA". Por favor, no olvide firmar la Hoja de trabajo del padre/solicitante; la línea para la firma se encuentra en la página 3.
- **Verificación de residencia para dirección física:** 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.
- **Otros ingresos contables:** Si recibe beneficios del Seguro Social/SSI, debe proporcionar una carta de beneficios con fecha de los últimos doce (12) meses, que verifique el beneficio actual que recibe. Si recibe beneficios para veteranos, debe proporcionar la documentación de la Administración de Veteranos que verifique el monto actual del beneficio.
- **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 web en www.FireflyIN.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.
- **Formulario de verificación de nuevos empleados:** Debe completarse si tiene un nuevo trabajo y aun no tiene talones de pago.
- **Hoja de trabajo del empleado que recibe propinas:** si recibe propinas en sus talones de pago, debe completar este formulario.
- **Afirmación 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 en www.FireflyIN.org.
- **Estado de resultados del trabajo por cuenta propia:** 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.FireflyIN.org para imprimir el estado de ganancias y pérdidas y enviarlo con el paquete.

- Declaración de empleo del solicitante/proveedor: 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 en www.FireflyIN.org.
- 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 web en www.FireflyIN.org.
- 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 web en www.FireflyIN.org

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.
- 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:

**Firefly Children and Family Alliance
3801 N. Temple Ave.
Indianapolis, IN 46205**

NÚMERO DE FAX:

317-545-1069 (Por favor, llame para confirmar la recepción.)

CORREO ELECTRÓNICO:

ccdfvouchers@FireflyIN.org

CARTA DE DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Para ser considerado para el Programa de Vales para el Cuidado de Niños, usted debe estar trabajando y/o asistiendo a la escuela actualmente. Para determinar la elegibilidad, se requieren los siguientes documentos de usted y de su cónyuge y/o del padre o la madre de su hijo(a), si corresponde. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al: 317-545-5281. También puede llamar a nuestra línea gratuita al 1-866-287-2420. **Sin toda la documentación requerida, no podremos procesar su solicitud.**

Prueba de identidad (debe ser válido):

- ✓ Identificación oficial, identificación estatal, identificación escolar, identificación expedida por el empleador, identificación con fotografía o visa válida del(de los) padre(s).
- ✓ Para todos los niños del hogar, DEBE constar la fecha de nacimiento mediante alguno de los siguientes documentos: Certificado de nacimiento; Certificado de nacimiento emitido por el hospital; Carta de confirmación de nacimiento; Expediente judicial de adopción, paternidad o colocación en hogar de crianza; Pasaporte; Tarjeta de residencia permanente; Expediente de vacunación (acompañado de la tarjeta del Seguro Social), expediente escolar o identificación estatal.
- ✓ **Padres de crianza:** Todo lo anterior, más: una licencia de padre de crianza válida que coincida con la verificación de residencia del padre de crianza; y una carta de colocación del trabajador social del DCS o de la agencia de crianza (firmada), o documentación de asignación diaria que incluya el nombre del niño(s), o una orden judicial de colocación, o una tarjeta de autorización médica que muestre el nombre, la fecha de nacimiento y el número de Medicaid.

Prueba de una necesidad del servicio (trabajando y/o atendiendo la escuela):

- ✓ Si se encuentra trabajando: Presente al menos un talón de pago por cada empleo que tenga. Los talones deben tener una fecha comprendida dentro de los 60 días siguientes a la fecha de firma del solicitante en la *Hoja de Trabajo del Solicitante para Servicios de Cuidado Infantil*. Los talones de pago deben incluir su nombre Y sus salarios brutos; O bien, presente al menos un cheque cancelado (anverso y reverso), cuya fecha también debe estar comprendida dentro de los 60 días siguientes a la fecha de firma del solicitante en la *Hoja de Trabajo del Solicitante para Servicios de Cuidado Infantil*. Los cheques cancelados deben incluir: el nombre del empleador impreso en la esquina superior izquierda del cheque; el nombre del solicitante (o cosolicitante) en la línea de "Páguese a la orden de"; la fecha actual en la línea de fecha; el monto pagado; la constancia de que el cheque ha sido negociado (cobrado) en su totalidad, según se evidencie en el reverso del cheque cancelado mediante el sello de la institución financiera; Y el *Formulario de Detalle de Salarios* completado por el empleador. También se podrá aceptar un resumen del historial salarial generado por computadora y proporcionado por su empleador, o el *Formulario Estatal 54092*.
- ✓ Si comienza un nuevo empleo: Un Formulario de Verificación de Nuevo Empleado firmado y completado.
- ✓ Si participa en un programa educativo a través de una organización o institución de educación o capacitación certificada o acreditada: La documentación escolar actual debe incluir el nombre del estudiante, el nombre de la institución educativa y las fechas del semestre o la fecha de inicio. Tenga en cuenta: Cualquier programa que exceda el nivel de maestría no califica para recibir los servicios del CCDF bajo la categoría de educación. La documentación escolar actual debe incluir el nombre del estudiante, el nombre de la institución educativa y las fechas del semestre o la fecha de inicio. Tenga en cuenta: Cualquier programa que exceda el nivel de maestría no califica para recibir los servicios del CCDF bajo la categoría de educación.
- ✓ Si interviene el CPS (Servicios de Protección Infantil): una declaración por escrito y fechada del trabajador social del CPS, en la que se indique que el/los niño(s) reside(n) con —o regresa(n) junto a— su padre o madre biológico(a), padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivo(a); que el/los niño(s) requiere(n) cuidados fuera de su propio hogar; la cantidad de horas de cuidado necesarias por semana; y la información de contacto del trabajador social del CPS (esto aplica únicamente para padres biológicos). Verificación de residencia (debe ser válida/recibida en los 60 días anteriores a la fecha de su firma)

Verificación de residencia para domicilio físico (debe ser válido/haberse recibido dentro de los 60 días anteriores a la fecha de su firma):

- ✓ El documento de prueba de residencia debe incluir: el nombre del solicitante o cosolicitante, la dirección completa (incluyendo el nombre de la calle), la ciudad y/o el código postal, y debe tener una fecha de emisión no superior a 60 días anteriores a la fecha de la firma del solicitante en la Hoja de Trabajo del Solicitante para Servicios de Cuidado Infantil. Se podrá aceptar un contrato de arrendamiento correspondiente al periodo de alquiler vigente.

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

- ✓ Carta de beneficios del Seguro Social (SSI)- Recibido en los últimos 12 meses: debe mostrar el monto del beneficio actual.
- ✓ Beneficio para veteranos- documentación actual de la Administración de Veteranos que verifique el monto del beneficio.

Información del proveedor de cuidado infantil calificado por CCDF:

- ✓ La página de información del proveedor debe ser completada únicamente por un proveedor de CCDF con licencia o certificación. Para determinar si su proveedor de cuidado infantil es elegible para CCDF, comuníquese al 211. (Si trabaja para el proveedor de cuidado infantil al que asisten sus hijos, debe proporcionar la Declaración de Empleo del Proveedor/Solicitante).



HOJA DE TRABAJO DEL SOLICITANTE PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Formulario estatal 57383 (R4 / 09-25)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

FONDO DE CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF) /PROGRAMA ON MY WAY PRE-K

Nombre del solicitante	Número de caso	Fecha de nacimiento del solicitante (día, mes, año)	Numero de telefono celular ()	Otro teléfono de contacto ()
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado	¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal (si es diferente a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Idioma principal hablado	Dirección de correo electrónico

ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

	Nombre completo (Nombre y apellidos)	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿Trabaja?	¿Va a la escuela?	Grado más alto completado	Horas de trabajo o en la escuela por semana	Días por semana que se necesita cuidado (Dom., Lun., Mar., Miérc., Juev., Viern., Sáb.)
SOLICITANTE			ÉL MISMO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
COSOLICITANTE				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿El niño necesita cuidado infantil?	El niño vive en el hogar con	Entrega más temprano	Retiro más tarde
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

DIVULGACIÓN DE INGRESOS: *incluya todos los ingresos recibidos*

Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse	Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse
Manutención infantil			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Pagos/salario			Talón de pago o cheque cancelado (anverso y reverso) y formulario de detalle de salario (si corresponde)
Seguro social			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	Asistencia para la vivienda			Ninguna
Seguro social suplementario			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	SNAP			Ninguna
TANF			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Estudio, Trabajo			Ninguna
Desempleo			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Otro			Adjuntar documentación adecuada

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. ¿A qué distrito escolar asiste su hijo?	2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o en un refugio para víctimas de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Vive en su automóvil, en un parque u otro lugar 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. ¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usted o su cosolicitante activo en el ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted o su cosolicitante activo en la Guardia Nacional o la Reserva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene activos que superan el (1) millón de dólares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

Entiendo lo siguiente en relación con mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para beneficios de cuidado infantil:

- Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Oficina de Elegibilidad información completa y precisa que incluye, a modo de ejemplo, ingresos y composición familiar. Entiendo que se me pedirá que presente prueba de la información proporcionada.
- Entiendo que se me puede solicitar que verifique estas declaraciones, y doy mi consentimiento a la agencia desde donde solicito servicios para hacer los contactos necesarios y verificar las declaraciones.
- Entiendo que el cuidado infantil subsidiado no comenzará hasta que se completen todos los formularios y haya recibido una notificación por escrito de la Oficina o su representante.
- Entiendo que debo informar a la Oficina de Elegibilidad cuando finaliza mi necesidad de servicio, mi estado de TANF o mi composición familiar cambian, me mudo a otro estado, obtengo un nuevo número de teléfono, tengo activos totales que exceden 1 millón de dólares o se produzca un cambio en ingresos que exceden el 85% del ingreso medio estatal (SMI), dentro de los diez (10) días calendario posteriores al cambio y proporcionar documentación de respaldo, si fuera necesario.
- Entiendo que se me puede pedir que coopere con personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación del programa.

Entiendo lo siguiente en relación con mi proveedor de cuidado infantil:

- Entiendo que debo solicitar un cambio de proveedor enviando una página de información del proveedor completa y actualizada a la Oficina de Elegibilidad, a más tardar, al mediodía del día anterior al último día hábil de la semana. Entiendo que no puedo cambiar de proveedor hasta que se actualicen los cupones.
- Entiendo que la elección del cuidador no es solo mi elección, es mi responsabilidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad reportar cualquier sospecha de abuso y negligencia infantil a la autoridad correspondiente y que las demás personas tienen la misma responsabilidad con respecto a mi(s) hijo(s).
- Entiendo que el reembolso por la atención de mi hijo se realizará directamente al proveedor, a menos que la atención la brinde en mi hogar un no residente, en cuyo caso el pago se realizará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados, así como cualquier copago. También entiendo que es mi responsabilidad retener y realizar todos los pagos correspondientes del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para mi proveedor de cuidado infantil y para el informe de fin de año al IRS.
- Entiendo que mi proveedor debe brindarme atención en mi domicilio indicado en el cupón.
- Entiendo que a los padres, padrastros o tutores legales no se les pagará como cuidadores de sus propios hijos.
- Entiendo que la falta de pago de cualquier copago de cuidado infantil podría dar lugar a que mi familia pierda esta asistencia financiera.
- Entiendo que se espera que mi hijo asista a la guardería a tiempo completo y que mi hijo recibe cuarenta (40) días ocasionales de ausencia por año de inscripción para usar si está enfermo, de vacaciones o tiene una emergencia y no puede asistir. Entiendo que mi proveedor de cuidado de niños seguirá siendo pagado por estos días.
- Entiendo que recibiré notificaciones con respecto a las ausencias de mi hijo y, si hubiera discrepancias, debo contactar a la Oficina de Elegibilidad. Las discrepancias con respecto a ausencias de más de 60 días no serán revisadas.
- Entiendo que si mi hijo no asiste al programa de cuidado infantil por un período de dos semanas o más Y NO se espera que deba pagar el programa, debo solicitar por anticipado un cupón de suspensión a la Oficina de Elegibilidad para evitar las ausencias.

Entiendo mis derechos al recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF/On My Way Pre-K:

- Entiendo que la información relativa a mi familia sobre el programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K y los servicios que recibo se tratarán como confidenciales, y se utilizarán únicamente para la administración del programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K.
- Entiendo mi derecho a presentar una queja por escrito.
- Entiendo que puedo presentar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con una acción tomada con respecto a mi elegibilidad para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil pueden cancelarse por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de información adicional relacionada con la determinación de elegibilidad de OECOSL o sus agentes dentro del plazo requerido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días posteriores al primer pago atrasado.
- No reembolsar completamente a un proveedor elegible en el hogar (niño/a) de CCDF/On My Way Pre-K.
- No mantenerse al día con cualquier acuerdo de pago existente determinado por la OECOSL.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil se cancelarán por cualquiera de los siguientes motivos:

- Ausencias excesivas e inexplicables.
- Un cambio de residencia fuera del Estado.
- Violaciones intencionales del programa o fraude comprobados.
- No proporcionar información completa en el momento de la autorización o actualización.
- Los ingresos del hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumplen con la elegibilidad financiera.
- El hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumple con los requisitos de necesidad de servicio.
- El copago supera el subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.
- Entiendo que los cupones de mi niño/niños serán terminados una vez que hayan acumulado cuarenta (40) días ocasionales de ausencia o veinte (20) días consecutivos de ausencia. Si los cupones de mi(s) hijo(s) se cancelan por ausencias excesivas, entiendo que debo esperar noventa (90) días para volver a solicitar los servicios de cuidado infantil.



DECLARACIÓN DE NOMBRE

Formulario estatal 57436 (5-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES

PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO PARA EL CUIDADO Y EL DESARROLLO INFANTIL (CCDF)

El programa del CCDF/ PROGRAMA ON MY WAY (OMW) debe usar el nombre legal del solicitante o solicitante conjunto (como se muestra en su identificación) para su nombre de caso.

El solicitante o solicitante conjunto deberá completar un formulario de declaración de nombre cuando presente su trámite que exhiba un nombre diferente del de su nombre legal (de soltera/de casada, apellidos separados por guiones, segundos nombres, con diferencias en las letras, versiones abreviadas de su nombre legal o alias).

Nombre legal de la persona (como aparece en la identificación)	Marque una: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante conjunto
Indique cualquier otro nombre incluido en los documentos presentados que no concuerden exactamente con el nombre legal consignado en la identificación.	
Nombre impreso	
Nombre impreso	
Nombre impreso	
Nombre impreso	

DECLARACIÓN

Por el presente, afirmo, bajo pena por falso testimonio, que:

- Soy la persona mencionada más arriba y que he elaborado personalmente esta declaración.
- Todos los nombres consignados anteriormente son nombres por los cuales también se me conoce y todos refieren a la misma persona.
- Esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante/solicitante conjunto

Fecha (día, mes, año)

**FONDO PARA EL DESARROLLO Y EL CUIDADO INFANTIL (CCDF)/INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE ON MY WAY PRE-K (OMW)**

Formulario estatal 57268 (R4 / 4-26)

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES
OFICINA DE PRIMERA INFANCIA Y APRENDIZAJE EXTRAESCOLAR**INSTRUCCIONES: Su proveedor debe completar esta información en su totalidad y firmar el formulario.**

Solicitante/Co-solicitante. Cargue este documento a su solicitud en línea o envíelo para agilizar la tramitación de sus vales de cuidado infantil/OMW. Si desea hacer un cambio de proveedor, debe enviar este formulario a la oficina de elegibilidad antes del mediodía del jueves, para que entre en vigencia a la semana siguiente o el pago del cuidado puede quedar bajo su responsabilidad. Su proveedor debe permitir visitas no programadas de un padre o tutor legal a su programa de cuidado infantil durante el horario de funcionamiento del programa de cuidado infantil. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su oficina local de elegibilidad.

Nombre del solicitante		Número de teléfono del solicitante		Dirección de correo electrónico del solicitante			
Nombre del programa		Número de licencia/registro/exención		Nivel actual del proveedor en el programa Paths to QUALITY (PTQ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Dirección donde se brinda la atención (número y calle, ciudad, estado y código postal)		Condado del programa		Número de teléfono del programa ()			
¿En qué fecha comenzará el cuidado del niño? (mes, día, año) / /		¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es para un niño que está volviendo a autorizar su caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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"/> Centro exento de licencia <input type="checkbox"/> Prestación de cuidados en el hogar del niño <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma							
Horario de funcionamiento (es decir, de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de funcionamiento (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					
Nombre del/de los niño(s) del CCDF (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa por edad actual	H - Media jornada F - Jornada completa Kinder G	Tarifa para el siguiente grupo de edad (Por ej., Si el niño es actualmente un bebé, indique la tarifa por niño pequeño)	Edad escolar (antes y después de la escuela)	Edad escolar Otro (Tarifa por descansos escolares, cuidado por la noche o fines de semana)	
SOLO PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (Incluya un calendario escolar para TODOS los niños en edad escolar).							
Fecha de inicio del año escolar (mes/día/año) / /	Fecha de finalización del año escolar (mes/día/año) / /	¿Necesita el niño en edad escolar vales de cuidado durante el descanso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este formulario de cuidado durante el descanso o de servicios integrales de On My Way Pre-K? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asistirá el niño a este mismo proveedor de CCDF durante el verano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio y finalización del programa de verano (mes/día/año) / / - / /		
SOLO PARA NIÑOS DE ON MY WAY PRE-K							
Todos los vales del OMWPK deben incluir un componente de contrapartida monetaria anual de al menos el cinco por ciento (5%), pero no superior al cincuenta por ciento (50%), del costo de la matrícula para los niños elegibles en el marco del programa piloto de Pre-K.							
Nombre del niño del programa OMW (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa semanal de OMW Pre-K	H - Media jornada F - Jornada completa	Fecha de inicio de OMW Pre-K (mes/día/año)	Fecha de finalización de OMW Pre-K (mes/día/año)	Si se determina que la familia cumple los requisitos de elegibilidad limitada los proveedores reciben	
						\$147.82/semana	
						\$147.82/semana	
Si se trata de un colegio público, privado o autónomo, ¿necesita el niño del programa OMW arriba mencionado vales de cuidado infantil durante el descanso (cuidado en otro proveedor cuando su colegio no está funcionando)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Si la respuesta es sí, debe proporcionarse un cronograma escolar	
¿Tiene usted relación con alguno de los niños mencionados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es sí, indique la relación.				
DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR Los proveedores elegibles deben demostrar que cumplen con las Normas mínimas del CCDF antes de participar en estos programas.							
Declaro que la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Además, declaro que se proporcionará cuidado infantil en la dirección indicada anteriormente y acepto cumplir las normas y reglamentaciones del programa del CCDF disponibles en www.childcarefinder.in.gov . También entiendo que debo permitir las visitas no programadas de un padre o tutor legal a mi programa de cuidado infantil durante las horas en que mi programa de cuidado infantil esté en funcionamiento. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada anteriormente o la persona designada autorizada.							
Firma del proveedor			Nombre en letra de imprenta del proveedor			Fecha (mes, día, año)	

Cuestionario del Fondo para el Desarrollo del Cuidado Infantil

Por favor, responda o marque con un círculo cada pregunta y devuélvala junto con el paquete completado.

Estás: Empleado Asistiendo a la escuela?

¿Cuántas horas semanales solicita para el cuidado de niños?: _____

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

Tamaño total de la familia en el hogar (incluyéndose a usted y a su cónyuge/padre de los hijos) _____

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

¿Se encuentra el otro adulto (padre/madre de los niños) en el hogar? SI NO

El otro adulto /a está Empleado Asistiendo a la escuela?

¿Usted (el padre) recibe Medicaid? SI NO ¿Sus hijos reciben Medicaid? SI NO

¿Eres ciudadano de los Estados Unidos? YES NO

¿Son los niños ciudadanos de los Estados Unidos? YES NO

¿Recibe usted...	Manutención de menores	TANF	SSI (Debe incluir la carta de beneficios)	Cupones de alimentos	Asistencia para la vivienda	Desempleo
Monto mensual						

¿Qué otro tipo de ingresos recibe? _____

¿Qué título recibirás cuando termines tus estudios? _____

¿Cuál es el grado más alto completado? _____

Título recibido: _____

¿A qué distrito escolar asisten sus hijos?? _____

**** Si los niños asisten a la escuela, por favor incluya el calendario escolar junto con el formulario del proveedor.****

PADRES DE CRIANZA: ¿Eres un padre de crianza con licencia? SI O NO Debe incluir una copia de la licencia.

PADRES DE CRIANZA: ¿Están emparentados los niños entre sí? SI O NO