

<Client First MI Last Name >
<Care of (c/o)>
<To Street Address Line1>
<To Street Address Line 2>
<To City, State, Zip>

Resumen de la Solicitud de Ayuda para el Cuidado Infantil Subsidiado

La información que aparece a continuación es un resumen de la información que usted dio sobre su hogar. Si usted califica, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha de su solicitud el <Application Date> o el primer día del mes siguiente. Al firmar esta solicitud está declarando que ha sido asesorado sobre su derecho de presentar una solicitud sin necesidad de terminar todas las secciones durante la entrevista inicial.

Solicitante primario

No. de teléfono primario

<Suffix>

<First Name>

<Middle Name>

<Last Name>

<Gender>

<Race>

Dirección física

Dirección postal

<Physical Address Line 1>

<Mailing Address Line 1>

<Physical Address Line 2>

<Mailing Address Line 2>

<Physical City>

<Mailing City>

<Physical State>

<Mailing State>

<Physical Zip>

<Mailing Zip>

Representante autorizado

<AR First M. Last Name>

<AR Address Line 1>

<AR Address Line 2>

<AR City, St, Zip>

<Phone Number>

Usted ha informado que los siguientes niños son miembros de su hogar que necesitan cuidado.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Ciudadano	Relación con el solicitante
<Child First M. Last Name>					

Usted ha informado que los siguientes miembros de su hogar no necesitan cuidado.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
<Indiv. First M. Last Name>		

Usted ha informado los siguientes salarios o trabajos por cuenta propia del cabeza de familia: <Last, First MI>.

Nombre del empleador	Dirección del empleador	N.º de teléfono del empleador	Tipo de ingresos	Frecuencia	Horas	Cantidad	Salario por mes
----------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------	------------	-------	----------	-----------------

Usted ha informado lo siguiente sobre los ingresos y el empleo por cuenta propia del Adulto Responsable.

Nombre del individuo	Nombre del empleador	Dirección del empleador	N.º de teléfono del empleador	Tipo de ingresos	Frecuencia	Horas	Cantidad	Salario por mes
----------------------	----------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------	------------	-------	----------	-----------------

Usted ha informado lo siguiente sobre la capacitación y formación de los adultos.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación	Horas por semana	Fecha de inicio del semestre	Fecha en que termina el semestre	Número de teléfono de la institución	Tipo de educación que está obteniendo
-----------------------	-----------------------	------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Usted ha informado que usted < está/no está > matriculado a tiempo completo.

Usted ha informado los siguientes ingresos de la familia que no son derivados del trabajo.

Tipo de ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia lo recibe	Quién lo recibe
-----------------	----------	------------------------------	-----------------

Usted ha informado las siguientes deducciones para la familia.

Nombre del adulto	Tipo de deducción	Cantidad	Frecuencia de pago
-------------------	-------------------	----------	--------------------

Usted ha informado que usted <tiene/no tiene> activos por más de \$1 millón.

Usted ha informado la siguiente información para los miembros de su hogar respecto al ingreso, gastos y recursos.

Ingreso bruto:

Total de deducción:

Monto límite de ingreso:

Si hay algo de la información mostrada arriba que esté incorrecto, comuníquese con el DCBS llamando al (855) 306-8959 en un plazo de 10 días.

Usted tiene que proporcionar cualquier documentación solicitada por el DCBS para determinar si es elegible. TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA (ingresos, horario de clases, etc.) SE TIENE QUE RECIBIR EN UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS a partir de la fecha de la solicitud. Si no se

completa la verificación, su solicitud será negada. Si su caso se aprueba, usted tiene que completar una nueva determinación de la elegibilidad todos los años.

Tiene que trabajar un promedio de veinte (20) horas por semana si es aprobado para recibir servicios de cuidado infantil como una familia que trabaja y tiene ingresos bajos. Una familia con los dos (2) padres tiene que trabajar un promedio de cuarenta (40) horas semanales entre los dos y ninguno de los padres puede trabajar menos de cinco (5) horas a la semana a menos que se tenga constancia de que uno (1) de los adultos está incapacitado física o mentalmente para cuidar a los niños.

El tener una matrícula a tiempo completo y que esté vigente con alguna escuela de oficios certificada o alguna universidad o centro de enseñanza superior acreditados o el participar en el programa de empleo y capacitación de SNAP satisfaría el requisito laboral arriba mencionado para un hogar de un (1) padre o lo satisfaría parcialmente para un hogar de dos (2) padres. Aquel solicitante que no llegue a terminar algún semestre en la escuela de oficios, universidad o centro de enseñanza superior será responsable de asumir el costo de la matrícula de cuidado infantil por el período en que faltó.

Si recibe KTAP, el trabajador que le atiende con los beneficios de KTAP y los requisitos de Kentucky Works (Kentucky Trabaja) le informará sobre la cantidad de horas de participación en un trabajo o en alguna actividad relacionada con trabajo que usted debe tener.

Usted tiene que garantizar que su niño asista al cuidado infantil de acuerdo con las políticas del proveedor y el Acuerdo de Cuidado Infantil. Para la ausencia prolongada de un niño se exige documentación.

Usted es responsable de los cargos del proveedor que exceden el pago diario total (cargos excesivos), de pagar un copago familiar y de pagar por los días en que los niños no asistan al cuidado y que no sean pagados por el Gabinete de acuerdo con las provisiones de 922 KAR 2:160. Usted podría ser responsable de pagar los honorarios cobrados por su proveedor del cuidado infantil.

Si usted opta por usar el Cuidado Infantil en el Hogar, usted es responsable de todos los beneficios aplicables a los empleados que le correspondan al proveedor de cuidado infantil.

Si se pagan beneficios a su nombre por error, a usted se le exigirá devolver la cantidad pagada en exceso de acuerdo con 922 KAR 2:020.

Entiendo que se tomará una decisión sobre esta solicitud en un plazo de treinta (30) días. Se me informará la decisión por escrito.

El Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (o la agencia contratada designada) cumplirá con las estipulaciones de la Ley de Derechos Civiles, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, la Ley para Personas con Discapacidades de 1990, y Títulos IV-A, IV-B, IV-C, IV-E y XX de la Ley de Seguro Social respecto a programas de servicios para niños, familias y adultos.

Si no estoy satisfecho con alguna acción de la agencia, yo entiendo que tengo el derecho a pedir un proceso informal de resolución de conflictos y/o una apelación por servicios prestados ante un oficial de audiencias imparcial. Además, entiendo que puedo ser representado por un abogado u otro representante en todos los procedimientos relacionados con el proceso de apelación por servicios prestados.

La recopilación de esta información se usará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa de Ayuda para el Cuidado Infantil. Nosotros verificaremos esta información a través de programas computarizados. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento con las regulaciones del programa y para la administración del mismo.

Esta información podrá divulgarse a otras agencias estatales y federales para comprobaciones oficiales y a la policía con el propósito de detener a las personas que se encuentran en fuga para evadir la ley.

Si surge un reclamo de cuidado infantil en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los Números de Seguro Social, podrán ser referidos a las agencias estatales y federales, así como a las agencias privadas de recaudación de reclamos, para acciones de recaudación de reclamos.

Para el Programa de Ayuda para el Cuidado Infantil (CCAP), a usted no se le exige proporcionar su Número de Seguro Social (SSN) ni el de los miembros de su hogar. Si usted, voluntariamente, proporciona el SSN de los miembros de su hogar, el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia (Gabinete) verificará los números a través de la Administración del Seguro Social. La verificación del SSN solo se utilizará para comprobar los ingresos del hogar tal como se describe a continuación. Adicionalmente, los SSN se utilizan con el fin de recopilar grupos de datos para el uso de CCAP con fines investigativos. Los grupos de datos con fines investigativos que usen SSNs jamás van ligados a la identidad de la familia en cuestión. El Gabinete no enviará el SSN que usted

proporcionó voluntariamente en su solicitud de CCAP a los Servicios de Inmigración y Naturalización.

Advertencia sobre Infracciones:

A cualquier persona de su hogar que intencionalmente incumpla cualquiera de las siguientes reglas se le puede suspender los beneficios de cuidado infantil por un año la primera vez que incumpla una regla, por dos años la segunda vez y permanentemente la tercera vez. La persona también puede estar sujeta a procesamiento penal bajo otras leyes federales pertinentes.

Cumpla estas reglas

- NO dé información falsa ni oculte información para obtener los beneficios de Cuidado Infantil.
- NO use los beneficios de Cuidado Infantil de otra persona para su hogar.
- NO use sus beneficios de Cuidado Infantil para alguien que no sea de su hogar.

Si incumple con estas reglas se le pueden suspender los beneficios y puede ser procesado penalmente.

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud, incluyendo la información referente a la ciudadanía y estatus de extranjería, está sujeta a verificación por parte de los funcionarios locales, estatales y federales para determinar si la información es verdadera. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar un número de seguro social para mí ni el de los miembros de mi hogar cuando solicito o recibo los beneficios del programa de Ayuda para el Cuidado Infantil. Entiendo que si por voluntad propia proporciono los números de seguro social, el Gabinete usará los números para varias comprobaciones estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Estas comprobaciones incluyen, pero no se limitan al Seguro Social, IRS, SSI, registros de salarios, seguro de desempleo, registros de las autoridades de manutención infantil y otras comprobaciones según está estipulado bajo la autoridad de IEVS. Esta información podrá verificarse a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. La información proporcionada bajo IEVS, después de la verificación, puede afectar la elegibilidad para los beneficios y la cantidad de estos.

Entiendo que es mi responsabilidad informar los pagos hechos por manutención infantil con el fin de recibir las deducciones permitidas. Si no informo o verifico estos gastos se tomará como una declaración de que no quiero recibir una deducción por los gastos no informados.

Entiendo las preguntas en esta solicitud. He revisado los datos ingresados por el personal del DCBS y verifico bajo pena de perjurio que la información que contiene mi solicitud de beneficios para el Cuidado Infantil es cierta y correcta. Si alguna parte de la información en esta solicitud es incorrecta, entiendo que los beneficios de Cuidado Infantil podrán ser denegados y que estaré sujeto a procesamiento penal por proporcionar información incorrecta a sabiendas.

Su Firma _____ Fecha de hoy _____

Testigo, si firma con una X _____

Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el Departamento para Servicios Basados en la Comunidad llamando al (855) 306-8959.

Para presentar una queja por discriminación, usted puede presentar su queja con: Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 o llamando al 502-564-7770 ext. 4107.

Usted o su representante pueden solicitar oralmente o por escrito una audiencia justa si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Su caso puede ser representado por cualquier persona que usted elija. Usted puede solicitar una audiencia administrativa en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de este aviso presentando una solicitud al Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings, Families and Children Administrative Hearings Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601.