

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS**LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS**

La Administración de Cuidado de Niños del DES ofrece programas de Asistencia de Cuidado de Niños para las familias de bajos ingresos quienes trabajan, son padres adolescentes que asisten a la preparatoria o toman clases de GED, residentes de refugios para las personas sin hogar o víctimas de violencia doméstica y las familias que no están disponibles ni dispuestas para cuidar de sus hijos debido a una condición física o emocional. Usted **TIENE QUE** proporcionar una Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños (CC-001) llenada para asegurarse que su Especialista en Cuidado de niños pueda determinar su elegibilidad.

A continuación está una lista de control de las cosas que se pueden necesitar para su solicitud de Cuidado de Niños. Por favor, proporcione cualquiera de los documentos indicados a continuación que corresponden a la situación actual de su familia. **Usted puede comunicarse con la oficina local de Cuidado de Niños con cualquier pregunta que tenga.**

- Prueba de ciudadanía de los EE. UU. o residencia legal del solicitante.
- Copia de su talón de cheque más reciente, o una declaración actual firmada por su empleador que verifica el sueldo bruto de su cheque más reciente, la frecuencia de pago y los días u horas de empleo. Además, incluya verificación de propinas, bonos, comisiones o subsidios y la frecuencia de pago (semanal, quincenal, bimensual, o mensual).
- Los ingresos de empleo por su cuenta o los relacionados al negocio (registros mensuales de empleo autónomo o declaración de impuestos individual de los EE. UU. con calendarios adjuntos, de la declaración de impuestos del año anterior).
- Ingresos no ganados (p.ej. pagos directos de sustento para menores, ingresos del seguro social, beneficios de veteranos, un subsidio por tutela, crianza temporal, o por adopción, préstamos o regalos en efectivo).
- Comprobación de asistencia en la escuela para los padres adolescentes (menores de los 20 años).
- Comprobación de Residencia en un Refugio (Usted tiene que proporcionar una declaración actual del refugio que especifique el número de horas al día, días por semana y la duración de su actividad requerida por el refugio).
- Comprobación de Relación (actas de nacimiento) o documentos de Tutela Legal (cuando usted **no** es el padre biológico, padrastro o padre adoptivo del (de los) menor(es) quienes necesitan el cuidado).
- Declaración Médica (por favor, hable con su Especialista para que obtenga el formulario necesario para satisfacer este requisito).
- Elección del Proveedor de Cuidado de Niños (si usted necesita ayuda para escoger a un proveedor, comuníquese con Child Care Resource & Referral (Recursos y Recomendaciones de Cuidado de Niños) al 1-800-308-9000 o visite www.azchildcare.org).

Notas:

Si usted, su representante, o cualquier miembro de su hogar oculta o proporciona información falsa a propósito para recibir o continuar a recibir asistencia de cuidado de niños a la que no tiene derecho, esa persona estará sujeta a:

- Acción penal
- Multas
- Encarcelamiento
- Otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales

Si usted a sabiendas no sigue estas normas y recibe asistencia de cuidado de niños, de la cual no tiene derecho a recibir no está servicios, se le descalificará de recibir servicios por:

- 6 meses por la primer violación
- 12 meses por la segunda violación
- Permanentemente por la tercer violación

Entiendo que si a sabiendas, presento información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, se puede acusarme de **FRAUDE** conforme al A.R.S. 13-2311, un delito grave de clase 5. Entiendo que yo seré responsable de todos los sobrepagos.

Si usted necesita ayuda para localizar una oficina de Cuidado de Niños del DES en su área:

Por favor, visite <https://des.az.gov>; o comuníquese con la Administración de Cuidado de Niños del DES al 602-542-4248.

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS

FECHA DE RECIBO

Por favor, llene todas las secciones de este formulario. Información incompleta o incorrecta puede demorar decisiones de elegibilidad.

SOLICITANTE NUEVO REDETERMINACIÓN

En los últimos 30 días, mi niño ha recibido cuidado de niños mediante el AZ Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños) o los Servicios de Protección al Menor Tribales.

¿Ha recibido asistencia subsidiada para el cuidado de niños en otro estado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿en cuál Estado/Condado recibió asistencia subsidiada para el cuidado de niños? _____

*RAZA: AI: Indígena de los EE. UU. o Alaska; AS: Asiática; BL: Negra o afroamericana; NH: Indígena de Hawaii u otras Islas Pacíficas; WH: Blanca

SU NOMBRE LEGAL <i>(Nombre, S.I., Apellido)</i>		RAZA *	NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO <i>(MM/DD/AA)</i>	ESTADO CIVIL
1		<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH			<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado
		¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOMBRE LEGAL DE SU CÓNYUGE U OTRO PADRE QUE VIVE CON USTED <i>(Nombre, S.I., Apellido)</i>		RAZA *	NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO <i>(MM/DD/AA)</i>	¿CÓNYUGE?
2		<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

OTROS NOMBRES QUE USTED HA USADO (p. ej. de soltera, alias): _____

Sí No ¿Está inscrito como miembro de una tribu indígena de los EE.UU.? ¿Cuál tribu? *(Describe)*: _____

SU INFORMACIÓN DE DOMICILIO Estoy inscrito en el Programa de Confidencialidad de Direcciones.

DOMICILIO DEL SOLICITANTE *(Núm., calle, # de apto. o espacio, ciudad, estado, C.P)*

DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE *(Si es diferente del domicilio)*

NÚM. DE TELÉFONO NÚM. DE TELÉFONO DE MENSAJES *(núm. de tel. alternativo)* DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

SU ESTADO DE CIUDADANÍA O RESIDENCIA LEGAL

Sí No ¿Es usted un ciudadano de los EE. UU.?

Sí No ¿Es usted un residente legal en los EE. UU.?

Documentación que proporcionará para determinar elegibilidad: Licencia de conducir de AZ Acta de nacimiento de los EE. UU.

Tarjeta de residencia legal Otra: _____

SUS RAZONES PARA SOLICITAR SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

Empleo GED de la preparatoria *(menor de 20 años)* Médica Programa de Jobs

Búsqueda de empleo (para participantes del Programa de Desviación de Subvenciones)

Otra *(Describe)*: _____

INFORMACIÓN DE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS *(Si se sabe)*

¿CUÁL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS HA ELEGIDO? DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR *(Núm., calle, ciudad, estado, C.P)* NÚM. DE TELÉFONO

MIEMBRO DEL HOGAR AUSENTE

Sí No ¿Se encuentra algún miembro de su hogar temporalmente fuera del hogar? En caso afirmativo, ¿quién?

RAZÓN DE LA AUSENCIA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sí No ¿Tiene su familia bienes que excedan \$1, 000,000.00 (un millón)?

A CONTINUACIÓN, INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR (Nombre, S.I., Apellido) <i>(Si hay más de 9 personas en su hogar, escriba en una hoja separada los nombres y su relación a usted.)</i>		RELACIÓN A USTED (requerido)	*RAZA AI: Indígena de los EEUU o de Alaska; AS: Asiática; BL: Negra o afroamericana; NH: Indígena de Hawaii u otras Islas Pacíficas; WH: Blanca	NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA)	¿NECESITA CUIDADO DE NIÑOS? (S para sí o N para no)	¿Ciudadano de los EE.UU.? (S/N)
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
3		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
4		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
5		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
6		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
7		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
8		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							
NOMBRE (Primer, segundo, apellido)			<input type="checkbox"/> *AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			S / N	S / N
9		Si esta persona es su niño, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DEL NIÑO.			¿VIVE CON USTED EL OTRO PADRE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene este niño necesidades especiales? Usted tiene que ser capaz de proporcionar la verificación usando uno de los documentos indicados a continuación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro: _____							

INGRESOS NO GANADOS *(Tiene que contestar ya sea Sí o No. En caso afirmativo usted tiene que proporcionar la información.)*

✓ Sí o NO	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA QUE SE RECIBE	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia en Efectivo	\$		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Social/SSI, SSA	\$		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	# ATLAS / # de orden del tribunal para Sustento para Menores	\$		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identifique las fuentes de los otros ingresos (circule todo lo que corresponda): Regalos, prestamos, Seguro por Desempleo, ingresos por alquiler, interés, VA, ingresos de padre(s) ausente(s), Otro (<i>describa</i>): _____	\$		

SUSTENTO PARA MENORES PAGADO

Sí No ¿Paga usted o su cónyuge sustento para menores? En caso afirmativo, llene lo de a continuación:

QUIÉN PAGA EL SUSTENTO	PARA QUIÉN SE PAGA (<i>Nombre del menor</i>)	CANTIDAD MENSUAL PAGADA \$
------------------------	--	-------------------------------

SU INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD DE EMPLEO

Indique todos los empleos. Si tiene más de dos trabajos, proporcione la información adicional en una hoja separada.

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE EMPIEZO
----------------------	-------------------------------------	------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (*Núm., calle, ciudad, estado, C.P.*)

¿TIENE PERMISO DE AUSENCIA DE ESTE TRABAJO? En caso afirmativo, indique las fechas que empieza y termina el permiso de ausencia.	PROMEDIO. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (<i>o variedad de horas si varea el horario</i>)
FECHA QUE EMPIEZA: _____ FECHA QUE TERMINA: _____	

SUELDO POR HORA O SALARIO MENSUAL \$	FRECUENCIA DE PAGOS (<i>Marque una</i>) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	--

INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Remuneración por horas extras	TOTAL DE INGRESOS ADICIONALES \$	FRECUENCIA QUE RECIBEN INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ una</i>) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	-------------------------------------	---

NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR (<i>Si usted tiene un segundo empleo</i>)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA QUE COMENZÓ EL TRABAJO PRESENTE
--	---------------------------------------	---------------------------------------

DIRECCIÓN DEL SEGUNDO EMPLEADOR (*Núm., calle, ciudad, estado, C.P.*)

¿TIENE PERMISO DE AUSENCIA DE ESTE TRABAJO? En caso afirmativo, indique las fechas que empieza y termina el permiso de ausencia.	PROMEDIO. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (<i>o variedad de horas si varea el horario</i>)
FECHA QUE EMPIEZA: _____ FECHA QUE TERMINA: _____	

SUELDO POR HORA O SALARIO MENSUAL \$	FRECUENCIA DE PAGOS (<i>Marque una</i>) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	--

INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Remuneración por horas extras	TOTAL DE INGRESOS ADICIONALES \$	FRECUENCIA QUE RECIBEN INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ una</i>) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	-------------------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE EMPLEO DEL CÓNYUGE U OTRO PADRE DEL NIÑO(S) QUE VIVE(N) CON USTED

¿Tiene esta persona más de dos trabajos? Sí No En caso afirmativo, proporcione la información adicional en una hoja separada.

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE EMPIEZO
----------------------	-------------------------------------	------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (*Núm., calle, ciudad, estado, C.P.*)

¿TIENE PERMISO DE AUSENCIA DE ESTE TRABAJO? En caso afirmativo, indique las fechas que empieza y termina el permiso de ausencia.	PROMEDIO. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (<i>o variedad de horas si varea el horario</i>)
FECHA QUE EMPIEZA: _____ FECHA QUE TERMINA: _____	

SUELDO POR HORA O SALARIO MENSUAL \$	FRECUENCIA DE PAGOS (<i>Marque una</i>) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	--

INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Remuneración por horas extras	TOTAL DE INGRESOS ADICIONALES \$	FRECUENCIA QUE RECIBEN INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ una</i>) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	-------------------------------------	---

NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR (<i>Si usted tiene un segundo empleo</i>)	NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA QUE COMENZÓ EL TRABAJO PRESENTE
--	-------------------------------------	---------------------------------------

DIRECCIÓN DEL SEGUNDO EMPLEADOR (*Núm., calle, ciudad, estado, C.P.*)

¿TIENE PERMISO DE AUSENCIA DE ESTE TRABAJO? En caso afirmativo, indique las fechas que empieza y termina el permiso de ausencia.	PROMEDIO. DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (<i>o variedad de horas si varea el horario</i>)
FECHA QUE EMPIEZA: _____ FECHA QUE TERMINA: _____	

SUELDO POR HORA O SALARIO MENSUAL \$	FRECUENCIA DE PAGOS (<i>Marque una</i>) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	--

INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Remuneración por horas extras	TOTAL DE INGRESOS ADICIONALES \$	FRECUENCIA QUE RECIBEN INGRESOS ADICIONALES (<i>✓ una</i>) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes – Fechas de pago: _____
---	-------------------------------------	---

SU INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD DE EMPLEO

Sí No Actualmente, ¿está empleado por cuenta propia? En caso afirmativo, describa su negocio:

Tipo de negocio: Corporación Negocio suyo Una asociación (Nombre a todos los socios):

Sí No ¿Puede fijar su propio horario? Sí No ¿Tiene gastos de negocio por estar empleado por cuenta propia?

¿Quién le paga a usted? Cliente individual Empresa matriz Otro (explique):

Si comenzó a trabajar por su cuenta recientemente, ¿cuántos ingresos brutos (antes de la deducción de cualquier gasto del negocio) cree que va a ganar cada mes? \$

INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD EMPLEO POR CUENTA PROPIA DEL CÓNYUGE U OTRO PADRE

Sí No Actualmente, ¿está empleada por su cuenta esta persona? En caso afirmativo, describa su negocio:

Tipo de negocio: Corporación Propietario del negocio Una asociación (Nombre a todos los socios):

Sí No ¿Pueden fijar su propio horario? Sí No ¿Tiene gastos de negocio por estar empleado por cuenta propia?

¿Quién les paga? Cliente individual Empresa matriz Otro (explique):

Si comenzó a trabajar por su cuenta recientemente, ¿cuántos ingresos brutos (antes de la deducción de cualquier gasto del negocio) cree que van a ganar cada mes? \$

INFORMACIÓN DE LA PREPARATORIA O PROGRAMA DE GED DEL PADRE ADOLESCENTE

Solo llene esta sección si usted es menor de 20 años y necesita cuidado mientras obtiene un diploma de preparatoria o GED.

NOMBRE DE LA PREPA. O PROGRAMA DE GED	INICIO DE SEMESTRE O TRIMESTRE	FIN DE SEMESTRE O TRIMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Núm, calle, ciudad, estado, C.P.) O DIRECCIÓN DEL SITIO WEB			NUM. DE TELÉFONO ()

INFORMACIÓN DE LA PREPARATORIA O PROGRAMA DE GED DEL PADRE ADOLESCENTE Solo llene esta sección si su cónyuge u otro padre de su niño es menor de 20 años y necesita cuidado mientras obtiene un diploma de preparatoria o GED.

¿Esta persona asiste a la preparatoria o a un programa de GED? Sí No

NOMBRE DE LA PREPA. O DEL PROGRAMA DE GED	INICIO DE SEMESTRE O TRIMESTRE	FIN DE SEMESTRE O TRIMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Núm, calle, ciudad, estado, C.P.) O DIRECCIÓN DEL SITIO WEB			NUM. DE TELÉFONO ()

DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA (tiene que marcar al menos una casilla) En los últimos 12 meses, hice lo siguiente para mejorar mis habilidades y avanzar hacia la autosuficiencia. (✓ todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Me inscribí o busque trabajo mediante los Centros Ocupacionales (DES One-Stop), DES Jobs Service, otras agencias de empleo públicas o privadas, o independiente.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Solicite para un mejor trabajo.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> He estado empleado consistentemente.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me despidieron pero encontré empleo nuevo dentro de 60 días.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Dejé un trabajo para un mejor trabajo (salario más alto, más horas, o mejores beneficios).</p> <p>6. <input type="checkbox"/> He demostrado consistentemente una ganancia neta en mi actividad de empleo por cuenta propia.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Asistí a educación de recuperación para obtener un certificado de la preparatoria o GED.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Asistí a clases de inglés para estudiantes de otros idiomas (ESOL por sus siglas en inglés).</p> | <p>9. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela de oficios o vocacional, bachillerato o universidad e hice progreso satisfactoria en la actividad.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela o capacitación asociada al trabajo, o seguí un título o certificado que llevará a oportunidades profesionales mejores.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> NO he solicitado Asistencia en Efectivo de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) para mí.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me comuniqué con la Ejecución de Sustento para Menores del DES sobre el sustento de un padre ausente o para establecer la paternidad.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Continué con mi plan de tratamiento bajo la dirección de un médico, psiquiatra, o psicólogo.</p> <p>14. <input type="checkbox"/> He seguido un plan de caso de un albergue de violencia doméstica o para personas sin hogar.</p> <p>15. <input type="checkbox"/> He finalizado o estoy en el proceso de finalizar un programa de rehabilitación de narcóticos/alcohol o de servicio comunitario ordenado por el tribunal.</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Otro _____</p> |
|---|--|

SU ESTADO MILITAR (Usted tiene que contestar ya sea sí o no)

Sí No Actualmente, ¿está en el servicio activo (servicio de tiempo completo) del ejército de los EE. UU?

Sí No Actualmente, ¿es usted un miembro de una unidad de la Guardia Nacional?

EL ESTADO MILITAR DE SU CÓNYUGE O DEL OTRO PADRE (Conteste sí o no si su cónyuge o el otro padre reside con usted)

Sí No Actualmente, ¿está el cónyuge u otro padre en servicio activo (servicio de tiempo completo) del ejército de los EE. UU?

Sí No Actualmente, ¿es el cónyuge u otro padre un miembro de una unidad de la Guardia Nacional?

SU ESTADO DE RESIDENCIA

Las preguntas de a continuación son referentes a los niños para quienes usted solicita recibir Asistencia de Cuidado de Niños.

Sí No ¿Le hace falta una residencia nocturna fija, habitual y adecuada a su niño? Podría aplicar cualquiera de las situaciones indicadas a continuación:

- ¿Comparten la vivienda de otras personas debido la pérdida de vivienda, dificultad económica, o una razón similar,
- Vivir en moteles, hoteles, parques de caravanas o campamentos debido a la falta de selección propia
- Vivir en refugios de emergencia o de transición; o
- Una residencia nocturna primaria no está diseñada para usarse habitualmente como un alojamiento para dormir regular, como automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de calidad inferior, estaciones de autobús o tren, o eternos similares.

Sí No ¿Residen usted y su niño en un refugio para personas sin hogar o que son víctimas de violencia doméstica?

¿NECESITA ALGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL? (✓ marque todo que corresponde)

- Ubicar a proveedores de cuidado de niños
- Asistencia con inmunizaciones
- Servicio de comida y alimentación WIC (Mujeres, bebés, y niños)
- Asistencia de adopción
- Asistencia de discapacidades del desarrollo
- Asistencia para personas con visión o audición reducida
- Asistencia médica
- Asistencia dental
- Asistencia por violencia doméstica
- Albergue de violencia doméstica o para las personas sin hogar
- Asistencia financiera - TANF (Asistencia en Efectivo)
- Asistencia alimentaria y de comida

- Asistencia del sustento para menores
- Servicios para las personas de la tercera edad
- Asistencia por desempleo
- Asistencia para vivienda
- Asistencia para servicios públicos
- Asistencia de empleo
- Asistencia de abuso de sustancias
- Asistencia de salud mental
- Asistencia fiscal
- Asistencia legal
- Terapia de familia
- Otra: _____

CUESTIONARIO PARA EL RECLAMANTE FISCAL

Usted tiene que llenar este cuestionario para determinar si hay algunos parientes que viven con usted que tienen que incluirse para determinar el tamaño de la familia (y sumar sus ingresos), en base a si ellos tienen la intención de declararlo a usted o a los miembros de su familia (su cónyuge, sus niños, o el otro padre de sus niños que vive con usted, o los niños del otro padre) como dependientes al momento de presentar su declaración de impuestos federal o estatal.

1. ¿Es usted el padre (biológico, padrastro o adoptivo) del (de los) niño(s) que necesita(n) cuidado de niños?

- Sí Si contesto SÍ, continúe a la pregunta #2.
- No Si contesto NO, NO se le requiere contestar la pregunta #2. LEA y FIRME los *Derechos y Responsabilidades* en la página 6, antes de presentar esta solicitud.

2. ¿Vive con usted un pariente adulto que tiene la intención de declararlo a usted, a su(s) niño(s), o a su cónyuge [o el otro padre de su(s) niño(s)], o al (a los) niño(s) de sus cónyuge u otro padre de una relación anterior como dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal (cuando presenten su declaración de impuestos en el *próximo año calendario*)?

- No Al contestar NO y firmar los *Derechos y Responsabilidades* en la página 6 de esta solicitud, usted ha declarado que ningún pariente adulto vive con usted ni que un pariente adulto que viven con usted NO propone a declararlo a usted ni a cualquier miembro de su familia como dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal (cuando presenten su declaración de impuestos en el próximo año calendario).**
- Sí Si contesta SÍ, usted y el pariente adulto TIENEN que llenar y firmar la Sección B de la Declaración del Reclamante Fiscal CCA-1105A (disponible en cualquier oficina de Asistencia de Cuidado de Niños del DES).**
- No sé Si declaró que no sabe, entonces usted y su pariente adulto tienen que determinar por medio de platicar, si ellos proponen a reclamarlo a usted o a cualquier miembro de su familia como dependiente en su declaración de impuestos estatal o federal. Usted y su pariente tienen que llenar y firmar la Declaración de Reclamante Fiscal, CCA-1105A y devolverla a su Especialista en Cuidado de Niños del DES.**

**** IMPORTANTE:** La Administración de Cuidado de Niños del Department of Economic Security no puede aconsejarle a usted ni a su familia, si un pariente puede declarar a un miembro de su familia como dependiente para fines fiscales. Si necesita ayuda para saber si un pariente que vive con usted puede declararlo a usted o a cualquier miembro de su familia como dependientes para fines fiscales, el Department of Economic Security recomienda que usted busque ayuda mediante el Servicio de Rentas Internas de los EE. UU. en www.irs.gov, y del Departamento de Rentas de Arizona en www.azdor.gov, o consultar con un asesor profesional.

INGRESOS DEL RECLAMANTE (PARIENTE) FISCAL

Si usted indicó que un pariente se propone a declararlo a usted o a los miembros de su familia como dependientes en su declaración de impuestos, usted tiene que contestar SÍ o NO por cada tipo de fuente de ingresos. Marque (✓) SÍ si el Reclamante Fiscal, y/o su cónyuge han recibido o recibirán ingreso de cualquier fuente. Marque (✓) NO si no recibe ingresos de esa fuente.

SÍ	NO	Fuente	Cantidad Recibida	Con que frecuencia Recibida	Nombre de la persona QUE RECIBE INGRESOS
		Ingreso ganado o Ingreso de empleo por su cuenta	\$		
		Asistencia en Efectivo	\$		
		Seguro Social / SSI, SSA	\$		
		# ATLAS o # de la orden tribunal para el Sustento para Menores	\$		
		Cualquier otra fuente de ingresos, tales como: Regalos, prestamos, Seguro por Desempleo, ingresos por alquiler, interés, VA, ingresos de padre(s) ausente(s), amigos o parientes (<i>indique el tipo</i>):	\$		

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

1. La Sección 601 de la Ley de Derechos Civiles de los EE. UU. de 1964, estipula que "en los EE. UU. la raza, color u origen nacional no serán motivo para denegarle la participación o los beneficios o para discriminar en contra de una persona en los programas o actividades que reciban asistencia financiera federal".
2. Usted tiene el derecho a solicitar servicios de cuidado de niños.
3. Usted tiene el derecho a que se tome una decisión con respecto a su solicitud dentro de 30 días a partir de la fecha que se recibió.
4. Usted tiene el derecho a apelar a una audiencia sobre la acción u omisión en su caso.
5. Usted tiene derecho a recibir cualquier servicio de cuidado de niños proporcionados en su área y disponible a las personas en una situación como la suya.
6. La información que usted proporciona es confidencial y se compartirá con el personal de la agencia, sólo si se relaciona con el cuidado de niños.
7. Si se determina que no tiene derecho o si se terminan sus servicios y usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelar la decisión en escrito dentro de 10 días calendario desde la fecha que se envió por correo la carta de la decisión. SI SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS SE TERMINAN DEBIDO A QUE USTED NO PAGÓ LOS COPAGOS REQUERIDOS, Y DESEA APELAR, USTED TIENE QUE PRESENTAR UNA APELACIÓN DENTRO DE 10 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DEL AVISO, CON EL FIN DE QUE CONTINÚEN SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DURANTE EL PLAZO DE APELACIÓN.

SUS RESPONSABILIDADES

1. Usted tiene que firmar este formulario a continuación y participar en una entrevista con un Especialista en Cuidado de Niños del DES.
2. Usted tiene que ser ciudadano o residente legal de los EE. UU. para recibir beneficios de cuidado de niños.
3. Sus servicios de cuidado de niños se pueden terminar si usted no efectúa los copagos asignados a su proveedor de cuidado de niños.
4. Usted sólo puede usar los servicios de cuidado de niños para los propósitos autorizados (*es decir, empleo o participación en una actividad de Jobs*).
5. Usted tiene que leer toda la información que le envíen. Comuníquese con su especialista en cuidado de niños si tiene alguna pregunta con respecto a la información que reciba sobre el estado de su caso o de los arreglos para el cuidado de niños.
6. TIENE QUE AVISARLE A SU ESPECIALISTA EN CUIDADO DE NIÑOS DENTRO DE CINCO (5) DÍAS HÁBILES CUANDO O SI:
 - a. Se muda.
 - b. **Usted o cualquier** adulto en su hogar experimenta una pérdida de empleo.
 - c. Alguien se muda a o fuera de su hogar.
 - d. Los ingresos brutos mensuales de su familia aumentan a más de 85% del ingreso medio del estado (SMI).
 - e. Cambia de proveedores de cuidado de niños. No se puede efectuar el pago por servicios de cuidado de niños si su especialista en cuidado de niños no ha autorizado al proveedor.
7. Usted es responsable de pagar cualquier cargo adicional no cubierto por el DES (*p. ej., las tarifas de inscripción, o por tardanzas*).
8. Usted tiene que cooperar con el Arizona Department of Economic Security (DES) con el fin de iniciar y mantener la elegibilidad. USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE INFORMAR TODOS LOS CAMBIOS. Se puede solicitar que se verifique la información. El no cumplir con los requisitos departamentales puede resultar en una pérdida de los servicios de cuidado de niños y usted puede ser sujeto a ser colocado en una Lista de Espera al volver a solicitar.
9. Cuando está en vigencia una Lista de Espera, usted tiene que cumplir con todos los requisitos del Departamento y mantener la elegibilidad para retener su lugar en la Lista de Espera.
10. Usted tiene que hacer esfuerzos para mejorar sus habilidades y avanzar hacia la autosuficiencia conforme al Estatuto Revisado de Arizona (A.R.S.) § 46-803 (K) (1). Para que, por cada menor, reciba más de los 60 meses acumulativos de Subvención en Bloque para el Cuidado de Niños, se le podría pedir, que declare cuáles esfuerzos ha hecho su familia para mejorar sus habilidades y avanzar hacia la autosuficiencia en los últimos 12 meses.
11. Sus declaraciones al DES tiene que ser verdaderas o se le podría acusar de fraude. Las (A.R.S.) §§ 46-213 y 46-216 contemplan multa y/o encarcelamiento si lo condenan por fraude.
12. Usted tiene la responsabilidad de reembolsar cualquier sobrepago incurrido, según los determine el DES.
13. Si usted presenta una apelación, y elige continuar a recibir los servicios mientras espera la decisión, usted tendrá la responsabilidad de reembolsarle al DES los costos de los servicios durante el proceso de apelación si la decisión de la audiencia o de la Junta de Apelaciones **NO** le favorece.

AFFIDÁVIT DE LA VERDAD: Por la presente, yo solicito Asistencia de Cuidado de Niños y declaro que me han informado de mis derechos y responsabilidades. Juro bajo penalidad de perjurio que las declaraciones en este formulario, la información y documentación proporcionada por mí, o en mi nombre al DES son verdaderas y correctas, según mi leal saber y entender; que no he ocultado ninguna información y he informado con honradez mi ciudadanía de los EE. UU. o estado migratorio. Entiendo que si a sabiendas, presento información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, se puede acusarme de fraude conforme al A.R.S. § 13-2311, un delito grave de clase 5. Autorizo que el DES verifique información mediante los empleadores actuales o anteriores, u otras personas de o instituciones. Entiendo que yo seré responsable de todos los sobrepagos.

FIRMA DEL SOLICITANTE	ESCRIBA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE U OTRO PADRE	ESCRIBA EL NOMBRE DEL CÓNYUGE U OTRO PADRE	FECHA

POR FAVOR, PRESENTE LA ORIGINAL Y MANTENGA LA COPIA PARA SUS REGISTROS

(VEA EL REVERSO)

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DEL DES

INMEDIATAMENTE, INFORME DE LOS CAMBIOS

Usted tiene que informar los siguientes cambios dentro de 5 días hábiles a su oficina de Cuidado de Niños del DES local: usted se muda, usted o cualquier adulto en su hogar sufre una pérdida de empleo, alguien se muda a o de su hogar, los ingresos brutos mensuales de su familia aumentan a más de 85% del ingreso medio del estado (SMI por sus siglas en inglés) o usted Cambia de proveedores de cuidado de niños. Puede ser requerido a presentar una o más de los siguientes tipos de verificación correspondiente.

REQUISITOS DE VERIFICACIÓN

- Si usted trabaja, o participa en un programa de estudio y trabajo, proporcione:
 - Una copia de sus talones de cheques más recientes, o
 - Una declaración actual firmada por su empleador la que verifica los ingresos brutos de su cheque más reciente, frecuencia de pago y días o las horas de empleo. Incluya también verificación de propinas, bonos, comisiones o subsidios y frecuencia de pago.
- Si trabaja por su -propia cuenta, incluya una copia de su declaración anual de impuestos, o de libros de contabilidad semanales o mensuales que verifican los ingresos brutos, facturas de los ingresos y gastos de negocio para los últimos seis meses.
- Si usted es un padre adolescente (menor de la edad de 20) que asiste a la preparatoria, clases de G.E.D. o E.S.O.L., o actividades de educación de recuperación en busca de una diploma de preparatoria, proporcione una declaración actual de la escuela o del programa de capacitación el cual verifica las fechas de inicio y finalización de la actividad, y días u horas de asistencia.

VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS

- Si recibe beneficios de Seguro por Desempleo, del Seguro Social, de Veteranos o de cualquier otro tipo, incluya una copia de la carta de adjudicación actual.
- Sustento para Menores. Si usted recibe pagos de sustento para menores mediante un tribunal, proporcione un registro impreso actual que verifique los últimos tres meses de pagos. Si el pago de sustento para menores no se recibe mediante el tribunal, proporcione la orden del tribunal o el número de ATLAS.
- Si paga sustento para menores por cualquier niño que no resida con usted, proporcione la orden del tribunal o el decreto de divorcio que indica la cantidad pagada cada mes y un talón de cheque actual que demuestre el sustento para menores pagado o un registro impreso del tribunal o de la agencia de ejecución del sustento para menores.
- Si usted vive con parientes adultos, usted o su pariente adulto tienen que determinar por medio de platicar, si proponen reclamarlo a usted o cualquier miembro de su familia como dependiente en sus planillas federales y estatales. Usted y su(s) pariente(s) serían requeridos a llenar y firmar la Declaración de Reclamante Fiscal, CCA-1105A y devuélvela a su especialista en Cuidado de Niños del DES.
- Si cualquiera de los parientes adultos que viven con usted planean reclamarlo a usted, a su(s) niño(s), o a su cónyuge (u otro padre de sus niños), o los niños de su cónyuge u otro padre de una relación anterior como dependiente por el propósito de impuestos, se le requiere proporcionar verificación de los ingresos actuales de su pariente y del cónyuge de su pariente (si es casado).

CUIDADO DE NIÑOS POR RAZONES MÉDICAS

Tiene que presentar una declaración actual de su médico autorizado, auxiliar médico certificado, enfermera especializada certificada, psicólogo certificado, o especialista en salud mental certificado que explica cómo la condición médica le impide a usted o al otro padre en el hogar a cuidar de su(s) niño(s); tiene que especificarse la duración y con qué frecuencia necesitará el cuidado de niños.

CUIDADO DE NIÑOS PARA RESIDENTES EN ALBERGUES

Usted tiene que proporcionar una declaración actual del albergue que especifique el número de horas por día, días por semana y la duración de su actividad actual.

REQUISITOS DE LA LISTA DE ESPERA

- Cuando esté en efecto una Lista de Espera, la prioridad de servicio se le ofrecerá a las familias con ingresos iguales a o por debajo del 100% del Índice de Pobreza Federal, basándose en la fecha que el Departamento haya recibido la solicitud.
- Si usted está en la Lista de Espera, podrá permanecer en la lista mientras su familia cumpla los requisitos de ingresos y otros, los cuales incluyen la cooperación continua con el Departamento para volver a determinar si tiene derecho, cuando así se lo pidan. El no cumplir con el proceso de revisión de caso o no proporcionar la verificación puede resultar en la eliminación de su nombre de la Lista de Espera. Cuando haya sido eliminado de la Lista de Espera, usted tendrá que volver a solicitar los servicios de cuidado de niños. Si vuelve a solicitar después de la fecha de revisión y se determina que tiene derecho, su nombre volverá a agregarse a la Lista de Espera a partir de la fecha que volvió a solicitar.

REQUISITOS EDUCATIVOS O DE CAPACITACIÓN PARA FAMILIAS BENEFICIARIAS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Si recibe beneficios de Asistencia en Efectivo, y recibe servicios de cuidado de niños por necesidades de educación o capacitación, usted tiene que cumplir con los requisitos del programa Jobs (*si el programa se comunica con usted*) como un requisito para tener derecho a la Asistencia en Efectivo y el cuidado de niños. Si se comunican con usted del programa Jobs, se le requiere participar en todas las actividades que Jobs le asigne. El no cumplir con los requisitos de Jobs puede resultar en una sanción; podrían reducirse sus beneficios de Asistencia en Efectivo, y usted podría perder su derecho al cuidado de niños.

AYUDA PARA LOCALIZAR A UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

El servicio de Recursos y Recomendaciones de Cuidado de Niños (CCR&R por sus siglas en inglés) puede ayudarle a encontrar a un proveedor de cuidado de niños que satisface sus necesidades. Este servicio gratuito está disponible para todas las familias. Por favor, llame al 1-800-308-9000 para obtener información sobre como ubicar a un proveedor de cuidado de niños.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; 602 542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7- 1- 1. Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or in your local office.

TABLA DE INGRESOS MENSUALES PARA ELEGIBILIDAD Y LAS TARIFAS DE PAGO POR CUIDADO DE NIÑOS

En vigor a partir del 1 de octubre de 2017

PARA TENER ELEGIBILIDAD, EL INGRESO MENSUAL BRUTO DE UNA FAMILIA TIENE QUE ESTAR EN O

- AL MOMENTO DE SOLICITAR Y
- AL MOMENTO DE VOLVER A SOLICITAR DURANTE LA REVISIÓN ANUAL.

Si cambia el ingreso de su familia, usted tiene que avisarle a su especialista en cuidado de niños del DES.

Cuando el ingreso mensual de su familia supere el 85% del ingreso promedio del estado (SMI), ya no es elegible para la Asistencia de Cuidado de Niños del DES. (Como se indica en la última columna.)

Tamaño de la familia ↓	NIVEL DE TARIFA 1 (L1) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 85% FPL*	NIVEL DE TARIFA 2 (L2) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 100% FPL*	NIVEL DE TARIFA 3 (L3) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 135% FPL*	NIVEL DE TARIFA 4 (L4) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 145% FPL*	NIVEL DE TARIFA 5 (L5) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 155% FPL*	NIVEL DE TARIFA 6 (L6) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 165% FPL*	NIVEL DE TARIFA 7 (L7) INGRESO MÁXIMO IGUAL A O MENOS DEL 85% SMI**
1	0-855	856-1,005	1,006-1,357	1,358-1,458	1,459-1,558	1,559-1,659	1,660- 2,531
2	0-1,151	1,152-1,354	1,355-1,828	1,829-1,964	1,965-2,099	2,100-2,235	2,236- 3,310
3	0-1,447	1,448-1,702	1,703-2,298	2,299-2,468	2,469-2,639	2,640-2,809	2,810- 4,088
4	0-1,743	1,744-2,050	2,051-2,768	2,769-2,973	2,974-3,178	3,179-3,383	3,384- 4,867
5	0-2,040	2,041-2,399	2,400-3,239	3,240 -3,479	3,480-3,719	3,720-3,959	3,960- 5,645
6	0-2,335	2,336-2,747	2,748-3,709	3,710-3,984	3,985-4,258	4,259-4,533	4,534- 6,424
7	0-2,631	2,632-3,095	3,096-4,179	4,180-4,488	4,489-4,798	4,799-5,107	5,108- 6,570
8	0-2,928	2,929-3,444	3,445-4,650	4,651-4,994	4,995-5,339	5,340-5,683	5,684- 6,716
9	0-3,224	3,225-3,792	3,793-5,120	5,121-5,499	5,500-5,878	5,879-6,257	6,258- 6,863
10	0-3,519	3,520-4,140	4,141-5,589	5,590-6,003	6,004-6,417	6,418-6,831	6,832-7,008
11	0-3,816	3,817-4,489	4,490-6,061	6,062-6,510	6,511-6,958	6,959-7,154**	
12	0-4,112	4,113-4,837	4,838-6,530	6,531-7,014	7,015-7,300**		

EL COPAGO DE ABAJO SOLO CORRESPONDE A LAS FAMILIAS EN TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

Día completo -\$5.00
Día parcial -\$2.50

COPAGO MÍNIMO REQUERIDO

Por cada niño bajo cuidado	Día completo-\$1.00 Día parcial -\$0.50	Día completo-\$2.00 Día parcial -\$1.00	Día completo-\$3.00 Día parcial -\$1.50
----------------------------	--	--	--

Para familias que reciben ayuda con Cuidado de Niños (TCC) no hay copago asignado después del 3er niño en la familia

Día completo = 6 o más horas; Día parcial = menos de 6 horas

Las familias que reciben Asistencia para el Cuidado de Niños a base de su participación con la Crianza Temporal del Programa de Jobs o que reciben Asistencia en Efectivo (CA) y que trabajan, tal vez no tienen un nivel de tarifa asignado ni copago mínimo requerido. Sin embargo, todas las familias pueden ser responsables por pagar los cargos que excedan a los copagos mínimos requeridos si las tarifas de sus proveedores exceden las cantidades máximas permitidas en reembolsos estatales y/o los proveedores cobran otros cargos adicionales.

* Índice de Pobreza Federal (FPL) = guías de pobreza del US DHHS para 2017. El límite estatutario estatal de Arizona para asistencia con cuidado de niños es 165% del índice de pobreza federal.

** El límite legal del Fondo Federal para Cuidado de Niños y desarrollo infantil (CCDF por sus siglas en inglés) es 85% del ingreso promedio del Estado (SMI por sus siglas en inglés) del año fiscal federal 2018.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al (602) 542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Traducción gratuita relacionada a los servicios de DES, está disponible a solicitud del cliente. • English on the reverse.