

INFORMACIÓN IMPORTANTE EN RELACIÓN A SU SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO DE NIÑO

El incluir los documentos que a continuación se citan al enviar o entregar su solicitud de cuidado de niños, puede ayudar a procesar su solicitud de una forma puntual:

Ciudadanía/Relación

- Ciudadanía o estatus migratorio – si no es ciudadano de Estados Unidos, documentación que verifique su estatus legal en Estados Unidos.
- Certificados de nacimiento– si los niños nacieron fuera del estado, certificado original del estado/país en que el niño nació.

Ingresos

Tanto los ingresos ganados como los no ganados deben ser verificados para todos los miembros del hogar incluidos en la unidad de elegibilidad.

- Recibos de pago de ingresos (al menos de los últimos 30 días y de periodos de pago seguidos)
- Si tiene un nuevo empleo, una carta con el membrete de la empresa del empleador indicando el número de horas que usted trabajará durante un periodo de pago y con qué frecuencia será pagado. Deberá incluir también la fecha de su primera paga.
- Seguro Social/Ingreso de Suplementario del Seguro– carta de concesión u otra verificación de la administración de Seguro Social.
- Ingresos de Manutención de Menores– usualmente puede ser verificado a través del sistema computarizado del estado, no obstante lo anterior, si usted recibe manutención de menores de un estado diferente, será necesaria verificación.
- Empleo autónomo – declaración de impuestos actual con cualquier declaración complementaria que se hubiera presentado.
- Educación – documentación de todos las subvenciones/becas/préstamos que haya recibido para seguir sus estudios.

Si usted no está seguro sobre si algo necesita ser verificado como ingreso, es mejor enviar toda la documentación/verificación que tenga.

Necesidad para el cuidado de niños

Para ser elegible para el cuidado de niños, debe haber una necesidad para todos los adultos del hogar familiar o una necesidad especial documentada para el niño. Las citadas a continuación son consideradas como necesidades válidas para el cuidado de niños y como verificación necesaria:

- Empleo – una copia de su horario de trabajo de su empleador, o una carta de su empleador con el membrete de la empresa estableciendo los días y horas que trabaja cada uno de los días que trabaja.
- Educación – Una copia del horario de clases que incluya las horas y días de la semana en que se asiste. Cuando el horario de clases cambie, debe ser enviado uno nuevo.
- Capacitación – si se encuentra matriculado en una capacitación a través de una agencia/programa local, una copia del horario de capacitación con los días y horas de asistencia.
- Cuidador con discapacidad – una declaración de un doctor explicando que usted no se encuentra capacitado para cuidar de su hijo/a debido a una enfermedad mental o física.
- Niño con una necesidad especial de cuidado– si usted no tiene una necesidad de cuidado tradicional (empleo, educación, etc.) sino que tiene un niño que ha sido clasificado como de necesidades especiales y ese niño tiene una necesidad de cuidado especial, un profesional médico debe enviar una declaración en relación a la razón por la que el cuidado es necesario y la duración de la necesidad de cuidado.

Nombre del proveedor de cuidados del niño– Si usted ha elegido el proveedor de cuidados del niño o instalación a la que su hijo asistirá, por favor facilite el nombre, dirección, teléfono y/o DVN del proveedor.

Si necesita asistencia para encontrar un proveedor de cuidados del niño, puede ponerse en contacto con el Servicio de Información de Cuidados del Niño de Missouri en el (800) 200-9017 o visitando la página web <http://mo.childcareaware.org/>. También puede visitar la búsqueda de Proveedores de Cuidados del Niño del Departamento de Salud y Tercera Edad en <http://health.mo.gov/safety/childcare/>.

Números de Seguro Social (SSN)

No se requiere un número de seguro social (SSN) como condición de elegibilidad para el subsidio para el cuidado de niño. El facilitar el número de seguro social (SSN) es estrictamente voluntario y no afectará a su elegibilidad para el subsidio para el cuidado de niño. El subsidio para el cuidado de niño no puede ser denegado porque usted haya decidido no facilitar su número de seguro social (SSN) o el número de seguro social (SSN) de alguno de los miembros de su hogar, incluidos los niños para los que se están solicitando los beneficios. No obstante lo anterior, si usted está solicitando otros beneficios a la vez que el subsidio para el cuidado de niño, su número de seguro social (SSN) puede ser requerido.

SOLICITUD DE CUIDADO DE NIÑO	Fecha
-------------------------------------	-------

Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al 1-855-373-4636. Si necesita ayuda en otro idioma además de Ingles, haga saber al representante de servicio al cliente el idioma que usted necesita. Usuarios de TTY puede llamar al 1-800-735-2966. Si usted es invidente o con discapacidad visual y le gustaría información referente a los servicios de Rehabilitación al invidente, por favor llame al 1-800-592-6004.

INSTRUCCIONES: Liste su dirección y cualquier teléfono en el que pueda ser localizado.

Calle Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa		Qué clase de teléfono es? Celular casa trabajo otro	
Número de teléfono alterno		Qué clase de teléfono es? Celular casa trabajo otro	
Correo Electrónico	Método preferido de ser contactado? Llamar texto correo electrónico correo Llamarenos del numero primario al menos estipulado diferente.		

INSTRUCCIONES: Liste todas las personas que viven en su dirección incluyéndose usted mismo. Lístese usted en primer lugar. Responda a todas las preguntas de cada una de las personas.

Nombre legal completo (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Raza	Género	Estado civil	SSN (Opcional para el cuidado de niños)	Relación con el cabeza de la Unidad de Elegibilidad
						Cabeza de la unidad de elegibilidad

¿Son los miembros citados arriba ciudadanos residentes de Missouri y tienen ellos intención de permanecer en Missouri? Sí No
En caso contrario por favor explíquelo:

INSTRUCCIONES: Liste a todas las personas que han tenido ingresos ganados o no ganados en su hogar.

Nombre	Fuente	Ingresos brutos mensuales	Pago por hora	Propinas por periodo de pago	Frecuencia de pago

¿Está usted recibiendo otra asistencia estatal o federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si es sí, explíquese: _____ Cantidad: _____
¿Espera usted algún cambio en sus ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si es sí, explíquese: _____ Cantidad: _____
¿Paga usted una prima de seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____
¿Paga usted una prima de seguro dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____
¿Paga usted una prima de seguro de hospital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____

¿Tiene usted más de \$1,000,000 en acciones? Sí No

Por favor facilite la información en relación al proveedor/es de cuidados del niño en las áreas facilitadas. Bajo cada proveedor que liste incluya la información para cada niño que esté bajo el cuidado del proveedor. Por favor, asegúrese de listar la relación del proveedor con cada niño que liste con ese proveedor en particular (por ejemplo, abuela, sin relación).

Nombre del proveedor 1	DVN	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del proveedor 2	DVN	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Están sus hijos matriculados en Early Head Start o Head Start? Sí No

Por favor liste el número de días al mes en el que cada niño es cuidado para cada una de las categorías de abajo:

Nombre del niño (primero, segundo, apellido)		5 horas o más		3 a 5 horas		Menos de 3 horas	
	Relación con el proveedor	Horas del día (6am-6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm-5:59am) (Sábado/Domingo)	Horas del día (6am-6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm-5:59am) (Sábado/Domingo)	Horas del día (6am-6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm-5:59am) (Sábado/Domingo)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

LA NECESIDAD PARA EL CUIDADO DE NIÑO ES PORQUE USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÁ: (MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLICAN)

- ¿empleado? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿en capacitación laboral? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿recibiendo educación? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿discapacitado? Médico _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿siendo evaluado para capacitación y/o empleabilidad? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____

¿Su hijo tiene una "necesidad especial" para el cuidado de niños? (por ejemplo, el niño se clasifica como de necesidades especiales, no hay una necesidad de cuidado tradicional, pero un profesional médico ha determinado que el niño necesita estar en cuidado de niños.)

- Mi firma de abajo certifica a mi mejor entender, bajo pena de perjurio que toda la información dada es verdadera, correcta y completa.
- Entiendo que tengo el derecho a un justo trato a pesar de la raza, color, religión, origen natal, genero, ancestros, edad, orientación sexual, estatus de veterano, o discapacidad.
- Estoy de acuerdo en facilitar cualquier información adicional o verificación que sea requerida para determinar mi elegibilidad en el plazo de 15 días desde la fecha de solicitud.
- Estoy de acuerdo a reportar cambios en mis ingresos si excede el 85% de los ingresos de media Estatal.
- Entiendo que las declaraciones que eh hecho están sujetas a investigación y verificación.
- También entiendo que las leyes de Missouri establecen multa o cárcel o ambas a las personas que con conocimiento perciben o intentan recibir asistencia pública a la que no tienen derecho o que con conocimiento dejan de reportar información requerida para determinar la elegibilidad para asistencia pública.

Al firmar esta solicitud en papel o electrónicamente, nos da permiso para efectuar, o razón para efectuar, llamadas de teléfono en relación a su caso desde un sistema de llamadas automatizado al número de teléfono principal facilitado en al página 2. No tiene que dar su consentimiento a esta parte de la solicitud. Si quiere optar por no recibir estas llamadas, marque aquí:

Firma o el signo X y la manifestación de no saber firmar: _____ Fecha _____

Testigo del signo X y la manifestación de no saber firmar: _____ Fecha _____