

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS**

Si usted está trabajando, en capacitación o en la escuela, el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado podría pagar parte de los costos para el cuidado de niños. Su elegibilidad se basa en su ingreso bruto mensual y el tamaño de su familia. Usted tendrá que pagar parte del costo del cuidado de niños.

Por favor, llene esta solicitud y presente documentación actual de TODAS las fuentes de ingresos de TODOS los miembros de su familia. Esto incluye los ingresos de trabajo, propinas, bonos, beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad, beneficios por desempleo, dividendos, pensión alimenticia, manutención de niños, beneficios OWF y los ingresos procedentes de trabajo por cuenta propia. Los días y horas de cuidado de niños que usted va a necesitar también deben estar documentados. Esta solicitud debe firmarse y tener la fecha.

Su elegibilidad de beneficios para el cuidado de niños será determinada después de que este formulario se haya llenado y presentado al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia (CDJFS) en el condado donde usted vive. Si su solicitud es aprobada y usted es elegible para los beneficios para el cuidado de niños, el CDJFS puede pagar los servicios del cuidado de niños desde la fecha en que la CDJFS recibió su solicitud. Si su solicitud es negada, usted será responsable de los pagos a cualquier proveedor de cuidado de niños cuyos servicios se hayan utilizado desde que envió su solicitud.

Usted podrá usar el cuidado de niños sólo para los niños que son elegibles y sólo durante las horas y días que se autoricen por el CDJFS por empleo / capacitación / educación con los subsidios para el tiempo de viaje y otras circunstancias aprobadas por el CDJFS.

Para permanecer elegible para el cuidado de niños, usted debe pagar el copago requerido al proveedor. El no pagar el copago puede resultar en la terminación de sus beneficios para el cuidado de niños.

Usted debe informar al CDJFS cualquier cambio que afecte su elegibilidad para el cuidado de niños, incluyendo cualquier cambio en el ingreso familiar, cualquier cambio en las horas de trabajo / capacitación / educación, cualquier cambio en el tamaño de la familia, y cualquier cambio de dirección. Estos cambios deben reportarse dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que haya ocurrido el cambio.

**Sección I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

<input type="checkbox"/> Inicial		<input type="checkbox"/> Re-determinación		Fecha de Hoy	
Persona que presenta la solicitud: <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____					
Nombre del solicitante ( <i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i> )				Apellido(s) de soltera o de matrimonio previo	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No Casado <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo					
Número de Seguro Social * ( <i>opcional</i> )		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )	
Dirección de la casa (se requiere calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección postal (si es diferente al anterior)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección de correo electrónico		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo
Nombre de contacto de emergencia		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo
Dirección de contacto de emergencia (se requiere calle y número)		Ciudad		Estado	Código postal
Nombre del contacto principal o preferido ( <i>opcional</i> )					
Dirección del contacto principal o preferido ( <i>opcional</i> )		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

\* El número de seguro social es opcional para el solicitante y se utilizará para la administración del programa de cuidado de niños del Estado de Ohio financiado con fondos públicos.



	Solicitante/ Cuidador Primario		Cuidador Secundario		Padre/Madre Menor de Edad 1		Padre/Madre Menor de Edad 2	
¿Está usted actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabaja actualmente por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente asistiendo a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente asistiendo a clases de capacitación vocacional o a otra capacitación de habilidades profesionales de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene actualmente un Plan de Autosuficiencia de Ohio Trabajo Primero u Ohio Works First (OWF, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si usted es menor de edad, ¿está actualmente en LEAP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido declarado culpable de fraude por el cuidado de niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Raza</b> ( <i>marque "S" o "N" en cada grupo</i> )	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Afroamericana/Negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nativo de Alaska / Indio Americana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene título universitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Título de 2 Años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Título de 4 Años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela								
Título obtenido								
Fecha de graduación								
¿Tiene algunas horas de créditos universitarios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿cuántas horas de crédito tiene por Semestre y por Trimestre?		Sem		Sem		Sem		Sem
		Tri.		Tri.		Tri.		Tri.
¿Está usted actualmente recibiendo una educación post-secundaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se requiere su escolarización, capacitación vocacional u ocupacional actuales para conservar su empleo, certificación o licencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<b>Sección II REQUISITOS DEL SOLICITANTE PARA OBTENER SERVICIOS</b>			
<b>Empleo del Solicitante</b>			
Nombre y dirección del empleador (escriba "Uno mismo" si trabaja por su cuenta)		Fecha de inicio	Sueldo
			Con qué frecuencia le pagan
Nombre del cargo		Nombre del supervisor	
		Número de teléfono	
<b>Días de trabajo</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Trabajo</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<b>Escuela o Capacitación del Solicitante</b>			
Nombre y dirección de la escuela o lugar de capacitación			Fecha de inicio
Persona de contacto			Número de teléfono
<b>Días de Escuela/Capacitación</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Escuela y/o Capacitación</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
Fecha estimada de graduación o finalización de la capacitación			

<b>Empleo del Cuidador Secundario</b>			
Nombre y dirección del empleador (escriba "Uno mismo" si trabaja por su cuenta)		Fecha de inicio	Sueldo
			Con qué frecuencia le pagan
Nombre del cargo		Nombre del supervisor	
		Número de teléfono	
<b>Días de trabajo</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Trabajo</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<b>Escuela o Capacitación del Cuidador Secundario</b>			
Nombre y dirección de la escuela o lugar de capacitación			Fecha de inicio
Persona de contacto			Número de teléfono
<b>Días de Escuela/Capacitación</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Escuela y/o Capacitación</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
Fecha estimada de graduación o finalización de la capacitación			

**Sección IV NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO DE NIÑOS** (Llene una página por CADA niño que necesita cuidado)

1. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "S" o "N" por CADA grupo)		
¿Está el niño en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En qué año  Fecha de inicio del año escolar:                      y fecha que termina:  Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)  Nombre de la escuela:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">                             S  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; border: none;">                             N  <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Blanca                         </td> </tr> </table>	S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca
S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca		

¿Tiene el niño alguna necesidad especial? Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
--	--

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Lunes    De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Martes De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Miércoles De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Jueves    De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Viernes    De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Sábado    De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____
Domingo De _____ a _____  De _____ a _____	_____ _____

2. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "S" o "N" por CADA grupo)
¿Está el niño en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En qué año	S
Fecha de inicio del año escolar: _____ y fecha que termina:	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra
Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana
Nombre de la escuela:	<input type="checkbox"/> Asiática
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Blanca

¿Tiene el niño alguna necesidad especial? Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Lunes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Martes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Miércoles De _____ a _____	
De _____ a _____	
Jueves De _____ a _____	
De _____ a _____	
Viernes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Sábado De _____ a _____	
De _____ a _____	
Domingo D e _____ a _____	
De _____ a _____	

3. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "S" o "N" por CADA grupo)												
¿Está el niño en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En qué año	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> S</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asiática</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca												
Fecha de inicio del año escolar: _____ y fecha que termina:													
Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)													
Nombre de la escuela:													
¿Tiene el niño alguna necesidad especial? Si es así, descríbala:													
¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.												
Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted <u>debe</u> mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.													
<b>Días y Horas de Cuidado</b>	<b>Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba</b>												
Lunes      De _____ a _____													
De _____ a _____													
Martes De _____ a _____													
De _____ a _____													
Miércoles      De _____ a _____													
De _____ a _____													
Jueves      De _____ a _____													
De _____ a _____													
Viernes      De _____ a _____													
De _____ a _____													
Sábado      De _____ a _____													
De _____ a _____													
Domingo      De _____ a _____													
De _____ a _____													

4. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "S" o "N" por CADA grupo)
¿Está el niño en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En qué año	S N
Fecha de inicio del año escolar: _____ y fecha que termina: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra
Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana
Nombre de la escuela:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiática
¿Tiene el niño alguna necesidad especial? Si es así, descríbala:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanca
Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted <u>debe</u> mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.	
<b>Días y Horas de Cuidado</b>	<b>Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba</b>
Lunes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Martes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Miércoles De _____ a _____	
De _____ a _____	
Jueves De _____ a _____	
De _____ a _____	
Viernes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Sábado De _____ a _____	
De _____ a _____	
Domingo De _____ a _____	
De _____ a _____	

5. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "S" o "N" por CADA grupo)
¿Está el niño en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En qué año	S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra
Fecha de inicio del año escolar: _____ y fecha que termina: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana
Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiática
Nombre de la escuela:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
¿Tiene el niño alguna necesidad especial? Si es así, descríbala:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanca
¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted <u>debe</u> mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.	
<b>Días y Horas de Cuidado</b>	<b>Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba</b>
Lunes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Martes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Miércoles De _____ a _____	
De _____ a _____	
Jueves De _____ a _____	
De _____ a _____	
Viernes De _____ a _____	
De _____ a _____	
Sábado De _____ a _____	
De _____ a _____	
Domingo De _____ a _____	
De _____ a _____	

Nota: Si usted tiene más de 5 hijos, llene una de estas páginas por cada niño adicional.

## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES SOBRE LOS BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE Y FIRME ABAJO SI ESTÁ DE ACUERDO**

Entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, ascendencia, sexo, edad, incapacidad, religión u origen nacional. Yo declaro que a mi mejor saber y entender las respuestas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley establece pena de multa o encarcelamiento, o ambos, para toda persona declarada culpable de aceptar ayuda para la cual él o ella no era elegible. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información es verdadera y completa a mi mejor saber y entender.

Mi firma abajo da mi consentimiento a la agencia para que haga todos los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad para asistencia y verificar la información que he dado en esta solicitud. Entiendo que mi firma abajo da permiso al CDJFS para que acceda a la información disponible en el Sistema de Seguimiento de la Aplicación de Apoyo o Support Enforcement Tracking System (SETS, por sus siglas en inglés) para verificar mis ingresos de manutención de menores.

Mi firma abajo da mi consentimiento y autoriza al CDJFS para que acceda a CRIS-E con el propósito único y específico de verificar el estatus de ciudadanía de los niños de este caso. Esta autorización es voluntaria y la inscripción, la elegibilidad y el pago de beneficios para el cuidado de niños no está condicionada a la firma de esta autorización. En lugar de ello, usted puede proporcionar pruebas independientes del estatus de ciudadanía de los niños. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al CDJFS.

He recibido una explicación sobre los requisitos para determinar la elegibilidad, las razones por las que podría no ser elegible, mi derecho a una vista estatal, mi responsabilidad de reportar cambios al CDJFS y la penalización, incluyendo posibles acciones civiles o penales, por la retención intencional o falsificación de información o mal uso de los beneficios para el cuidado de niños.

El fraude del cuidado de niños es la retención intencional o la falsificación de información o mal uso de los servicios del cuidado de niños. El incumplimiento de este requisito de reportar puede considerarse fraude y puede resultar en lo siguiente: 1) el reembolso de los beneficios para el cuidado de niños que recibió pero para los cuales no era elegible, 2) la interrupción o denegación de los beneficios para el cuidado de niños, o 3) la pena de multa y/o prisión si es declarado culpable de fraudulentamente recibir beneficios para el cuidado de niños para los que no era elegible.

Para presentar una queja de discriminación, escriba o llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio a: ODJFS, Bureau of Civil Rights, 30 E. Broad St., 37th Floor, Columbus, OH 43215-3414; (614) 644-2703 (voz) / 1-866-227-6353 (voz – llamada sin costo); (614) 995-9961 (TTY) / 1-866-221-6700 (TTY llamada sin costo); (614) 752-6381 (fax). También puede escribir o llamar al: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601; (312) 886-2359 (voz); (312) 353-5693 (TDD); (312) 886-1807 (fax).

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que le ayudó a llenar esta solicitud	Fecha

### **EXPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA VISTA ESTATAL**

#### **¿Qué es una vista estatal?**

Si usted piensa que ha habido un error o demora en su caso para el cuidado de niños, puede solicitar una vista ya sea por el departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado local (CDJFS, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés).

Una vista estatal es una reunión con usted, alguien del CDJFS y un oficial de vistas del ODJFS. La persona del CDJFS explicará las acciones que ha tomado o quiere tomar en su caso. Entonces usted tendrá la oportunidad de decirle por qué usted piensa que eso está mal. El oficial de vistas le escuchará a usted y al CDJFS y puede hacer preguntas para ayudar a poner de manifiesto todos los hechos. El oficial de vistas revisará los hechos presentados y recomendará una decisión basada en si las normas del cuidado de niños fueron o no aplicadas correctamente en su caso.

#### **Cómo solicitar una vista**

Para solicitar una vista, llame o escriba a su CDJFS o escriba al ODJFS, Bureau of State Hearings, PO Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825. Si recibe un aviso negando, reduciendo o cancelando el cuidado de niños, llene este formulario y envíelo por correo al Bureau of State Hearings. Usted también puede enviar por fax su solicitud de vista al (614) 728-9574. El ODJFS debe recibir su solicitud de vista dentro de los 90 días posteriores a la fecha de envío del aviso de la acción. Si otra persona hace una solicitud por escrito en su nombre, debe incluir una declaración escrita, firmada por usted, diciéndonos que esa persona es su representante. Sólo usted puede hacer una solicitud de vista por teléfono.

#### **Cómo solicitar una vista por teléfono**

Si usted no puede venir a la vista en la ubicación programada porque no tiene transporte o cuidado de niños o si tiene limitaciones médicas, etc., puede llamar al 1-866-635-3748 y participar por teléfono. Si usted participa por teléfono el oficial de vistas le llamará el día y a la hora programada de la vista al número de teléfono que usted proporcione.

#### **Cómo continuar con los beneficios para el cuidado de niños**

Si recibe un aviso de que el cuidado de niños se reducirá, cancelará o restringirá, no se tomará acción hasta que se decida la vista, si recibimos su solicitud de vista dentro de los 15 días siguientes a la fecha del envío del aviso.

Si los beneficios para el cuidado de niños han sido modificados sin aviso por escrito o si el cambio se realizó a pesar de que solicitó una vista a tiempo, puede llamar al Oficiado de Vistas Estatales para preguntar si usted debe seguir recibiendo sus beneficios. Llame al 1-866-635-3748 y seleccione la opción número 1 en el menú de voz automatizado. Si continua su asistencia y se pierde la vista, quizás tenga que reembolsar los beneficios que usted no tenía derecho a recibir.

### **Conferencia del condado**

Una reunión informal con una persona del CDJFS podrá resolver el problema sin la necesidad de una vista estatal. A menudo esta es la manera más rápida de resolver un problema. En esta reunión, alguien revisará su caso con usted. Si se cometió un error, se puede corregir sin necesidad de una vista estatal. Puede programar una conferencia con el condado solicitándola a su trabajador social. Si usted no está satisfecho con los resultados, de todas maneras podrá tener una vista estatal. Usted no tiene que tener una conferencia con el condado para tener una vista estatal y pedir una conferencia con el condado no retrasará su vista estatal.

### **¿Cuándo será la vista?**

El Oficiado de Vistas Estatales le enviará un aviso dándole la fecha, hora y lugar de la vista. Este aviso se le enviará a usted por lo menos 10 días antes de la vista. La notificación también le dirá qué hacer si usted no puede venir a la vista en la fecha programada. Por lo general las vistas son en el CDJFS. Si usted no puede ir allá, la vista podría ser en otro lugar conveniente para usted y para las demás personas involucradas. Si desea que la vista sea en algún lugar distinto al CDJFS, asegúrese de indicarlo en su solicitud de vista.

### **Aplazamiento de la vista**

Si no puede venir a la vista en la fecha programada o si necesita más tiempo para prepararse, usted puede pedir un aplazamiento. Debe tener una buena razón para aplazar la vista.

### **Si usted no asiste a la vista**

El Oficiado de Vistas Estatales le enviará un aviso de anulación si no viene a la vista. Si desea continuar con su solicitud de vista, usted debe comunicarse con la Vista Estatal en no más de 10 días y explicar por qué no vino a la vista. La autoridad de vistas decidirá si usted tuvo una buena razón. Si usted no llama en un plazo de 10 días y no demuestra una buena causa, la vista se anulará y perderá la vista. El CDJFS puede entonces tomar las acciones que tenía previsto tomar. Si usted no está de acuerdo con la anulación, el aviso de anulación le indicará cómo solicitar una apelación administrativa.

### **Antes de la vista**

Es posible que alguien (abogado, persona de los derechos de asistencia social, amigo o pariente) vaya a la vista para presentar su caso por usted. Si usted no va a estar en la vista, la persona que vaya por usted debe traer una declaración firmada por usted diciendo que él o ella es su representante. Si quiere ayuda legal en la vista, usted deberá hacer los arreglos antes de la vista. Comuníquese con su programa de ayuda legal para ver si usted califica para obtener ayuda gratis. Si no sabe cómo comunicarse con la Ayuda Legal, llame al 1-800-589-5888 (llamada sin costo). Si desea que el aviso de la vista se envíe a su abogado, usted debe dar el nombre y dirección del abogado a la autoridad de vistas. Usted y su representante tienen derecho a revisar su expediente y las normas escritas que se están aplicando a su caso. Usted puede obtener una copia gratuita de los documentos de registro que están relacionados con su solicitud de vista. La persona que actúe en su nombre deberá proporcionar una declaración firmada por usted antes de ver su expediente u obtener copias de los documentos de registro del caso. El CDJFS no tiene que mostrar los registros confidenciales, como nombres de las personas que han dado información en su contra, los registros de los procedimientos penales y ciertos expedientes médicos. Los registros confidenciales que usted no pudo ver o cuestionar no pueden presentarse en la vista ni ser usados por el oficial de vistas para tomar una decisión.

### **Citatorio**

Usted puede pedir a la autoridad de vistas que haga un requerimiento de los documentos o cite a los testigos que de otra manera no estarían disponibles y que son esenciales para su caso. Usted tiene que solicitar el requerimiento o citatorio por lo menos cinco días calendarios antes de la fecha de la vista y proporcionar el nombre y dirección de la persona o el documento que desea sea requerido o citado.

### **En las vistas**

Usted puede traer testigos, amigos, familiares o a su abogado para ayudarle a presentar su caso. En cualquier momento el oficial de vistas puede limitar el número de testigos que pueden ser admitidos en la vista si no hay suficiente espacio. Usted y su representante tendrán el derecho de ver las pruebas utilizadas en la vista, presentar su versión de los hechos sin interferencias indebidas, hacer preguntas y presentar documentos u otras pruebas para apoyar su caso. La vista será grabada por el oficial de vistas para que se registren los hechos correctamente. El oficial de vistas escuchará a ambas partes, pero no tomará una decisión en la vista. En lugar de ello, usted recibirá una decisión por escrito a través del correo, expedida por la autoridad de vistas. Después de que sea emitida la decisión de la vista usted podrá obtener una copia gratuita de la grabación comunicándose con el Oficiado de Vistas Estatales.

### **Vista en grupo**

La oficina de vistas podría combinar varias solicitudes de vista individuales en una sola vista en grupo, pero sólo si no hay desacuerdo sobre los hechos de cada caso y sobre todas las cuestiones relacionadas con la participación de la ley estatal o federal o de la política del condado. El aviso para programar su vista le dirá si usted está programado para una vista en grupo. A usted y a su representante se les permitirá presentar su propio caso individualmente y tendrán los mismos derechos en una vista en grupo como los que tendría en una vista individual.

### **Después de la vista**

Usted debe recibir una decisión de la vista dentro de los 90 días posteriores a su solicitud de vista. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la vista, su aviso por escrito le dirá cómo pedir una apelación administrativa.

### **Cumplimiento de la decisión de la vista**

El CDJFS debe tomar las acciones ordenadas por la decisión dentro de los 15 días posteriores a la fecha en que se emitió la decisión, pero siempre dentro de los 90 días posteriores a su solicitud de vista. Comuníquese con el Oficiado de Vistas Estatales si no recibe puntualmente los beneficios otorgados por la decisión de la vista.

### **Otra acción requiere una nueva vista**

Si recibe otro aviso que diga que el CDJFS quiere cambiar sus beneficios para el cuidado de niños mientras espera una vista o una decisión, tiene que solicitar otra vista si no está de acuerdo con la nueva acción. Recuerde, el hecho que usted esté esperando una vista o decisión no impedirá que se tome una nueva acción en su caso. Usted debe solicitar otra vista sobre la nueva acción.