



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES EN TINTA AZUL O NEGRA

| 1. Cuéntenos quién es y dónde vive. | | | |
|---|--|--|--|
| Apellido: | | Nombre: | |
| Número de Seguro Social: (opcional) | | Fecha de nacimiento | |
| Dirección de residencia: | | Ciudad: | Estado: NC |
| Dirección postal: (si es diferente de la dirección residencial) | | Ciudad: | Estado: NC |
| Dirección de correo electrónico: | | Condado: (en el que vive) | |
| Casa: | Trabajo: | Celular: | |
| ¿La familia estuvo sin hogar durante uno o más días durante el mes de esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| NOTA: Las personas sin hogar se definen como personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada. | | | |
| Condición de ciudadanía estadounidense | Marque todo lo que corresponda | ¿Es su dirección actual una condición de vivienda temporal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Descalificación del programa ¿Alguna vez fue descalificado del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado en otro condado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| El solicitante es ciudadano estadounidense. | | En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Vive con un pariente adulto <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel <input type="checkbox"/> Vive con alguien que no es pariente <input type="checkbox"/> Lugar no designado para dormir <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados <input type="checkbox"/> Refugio supervisado <input type="checkbox"/> Hospital durante 30 días o menos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico durante 30 días o menos <input type="checkbox"/> Desconocido | En caso afirmativo, coordinador médico de cuidado infantil: <u>ver instrucciones</u> |
| El niño es ciudadano estadounidense | | | |
| El niño no es ciudadano estadounidense | | | |
| El solicitante o el niño es un no ciudadano legal de los EE. UU. (reside en los EE. UU. legalmente) | | | |
| El niño no es ciudadano estadounidense, pero necesita atención para apoyar los servicios de protección infantil, el régimen de acogida o las necesidades de desarrollo. | | | |
| Composición familiar Marque uno: | Familias tribales | | Idioma ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? |
| <input type="checkbox"/> Familia monoparental o tutora | ¿Reside en un Fideicomiso de Tierras Federales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguas nativas de América Central, América del Sur <input type="checkbox"/> Idiomas mexicanos <input type="checkbox"/> Idiomas caribeños <input type="checkbox"/> Idiomas de Oriente Medio o Asia del Sur <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia Oriental <input type="checkbox"/> Idiomas nativos de América del Norte/Alaska <input type="checkbox"/> Idiomas de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Idiomas europeos o eslavos <input type="checkbox"/> Idiomas africanos <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, lenguaje de señas norteamericano) <input type="checkbox"/> No especificado |
| <input type="checkbox"/> Familia con dos padres o tutora | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo de una familia monoparental | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo de una familia con dos padres | | | |
| <input type="checkbox"/> Niño de acogida con un niño | | | |
| Razón para que se necesiten servicios para el cuidado infantil Marque uno: | En caso afirmativo, ¿es usted un miembro tribal? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| <input type="checkbox"/> Empleo | | | |
| <input type="checkbox"/> Educación/capacitación | | | |
| <input type="checkbox"/> Necesidades de desarrollo | | | |
| <input type="checkbox"/> CPS | | | |
| <input type="checkbox"/> CWS | | | |

2. Cuéntenos sobre su familia.

¿La familia tiene activos que exceden \$1,000,000? Sí No

Fuentes de ingresos (usted debe marcar Sí o No para cada fuente. *Cualquier opción que no esté marcada se registrará como No.*)

| Fuente | Marque Sí o No | Monto bruto | ¿Con qué frecuencia se recibe? | ¿Quién recibe el dinero? | Fuente | Marque Sí o No | Monto bruto | ¿Con qué frecuencia se recibe? | ¿Quién recibe el dinero? |
|--|---|-------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|---|-------------|--------------------------------|--------------------------|
| Empleo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Manutención infantil | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Vales de vivienda o asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Seguridad social | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| TANF (Independencia Familiar) | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Desempleo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Cupones de alimentos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Ingresos por discapacidad | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| SSI u otros beneficios federales en efectivo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Indemnización laboral | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Pensión de veteranos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Otro: (especifique) | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | Otro: (especifique) | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | |

3. Díganos quién vive en su casa. (Escriba su nombre en la primera línea).

| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Género | Fecha de nacimiento | Edad | ¿Cómo se relaciona esta persona con usted? | ¿Existe una orden de custodia actual? |
|----------|--------|----------------------------|--------|---------------------|------|--|---|
| | | | | | | | <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 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

4. Díganos dónde trabaja o asiste a la escuela o capacitación.

Para el empleo, incluya copias de todos los talones de cheques del mes anterior a la fecha en que envíe esta solicitud.

| Solicitante/adulto responsable nro. 1 Información de trabajo/escuela/capacitación | | Solicitante/adulto responsable nro. 2 (cónyuge o el otro padre del hijo, si está en el mismo hogar) Relación con el solicitante/RA nro. 1 _____ Información de trabajo/escuela/capacitación | |
|---|---|---|---|
| Nombre del solicitante/adulto responsable nro. 1: | | Nombre del solicitante/adulto responsable nro. 2: | |
| Situación laboral/escolar/de capacitación: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Con discapacidad | | Situación laboral/escolar/de capacitación: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Con discapacidad | |
| Empleados: | Programa de capacitación/escuela al que asiste: | Empleados: | Programa de capacitación/escuela al que asiste: |
| Dirección del empleador: (incluidos ciudad, estado y código postal) | Dirección de la escuela/capacitación: | Dirección del empleador: (incluidos ciudad, estado y código postal) | Dirección de la escuela/capacitación: |
| Contacto en el trabajo: | Contacto en la escuela/capacitación: | Contacto en el trabajo: | Contacto en la escuela/capacitación: |
| Número de teléfono del contacto: | Número de teléfono del contacto: | Número de teléfono del contacto: | Número de teléfono del contacto: |
| ¿Cuántas horas trabaja por semana? | ¿Cuántas horas asiste a la escuela/recibe capacitación cada semana? | ¿Cuántas horas trabaja por semana? | ¿Cuántas horas asiste a la escuela/recibe capacitación cada semana? |

El espacio para ingresar niños adicionales se proporciona en la página siguiente.

| 5. Cuéntenos sobre los niños que necesitan servicios de cuidado infantil. | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|-------|
| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Raza | Marque todo lo que corresponda | | | Información adicional | Marque Sí o No | |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Etnicidad | Responda Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Raza | Marque todo lo que corresponda | | | Información adicional | Marque Sí o No | |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Etnicidad | Responda Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Raza | Marque todo lo que corresponda | | | Información adicional | Marque Sí o No | |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Etnicidad | Marque Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |

5. Cuéntenos sobre los niños que necesitan servicios de cuidado infantil, continuación...

| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
|---|---|--|---|--|----------------------|---|
| Raza | Marque todo lo que corresponda | | | Información adicional | | Marque Sí o No |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Etnicidad | Marque Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Raza | Marque todo lo que corresponda | | | Información adicional | | Marque Sí o No |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Etnicidad | Marque Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Nombre del menor: | | Apellido del menor: | | SSN: (opcional) | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Raza | Marque todo lo que correspond | | | Información adicional | | Marque Sí o No |
| Indio americano nativo o nativo de Alaska | | | | ¿El niño asiste actualmente a la escuela? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Negro o afroamericano | | | | En caso afirmativo, nombre de la escuela: | | |
| Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | | Otros programas | Marque Sí o No | ¿Asiste solo medio día? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Asiático | | ¿NC Pre-K? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Asiste el día completo? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Blanco | | ¿Head Start? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Se necesita cuidado infantil todo el año? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Etnicidad | Marque Sí o No | ¿El niño tiene una necesidad especial? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Hispano/latino | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | ¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

6. Lea los siguientes Derechos y responsabilidades del solicitante. GUARDE ESTO PARA SUS REGISTROS.

Derechos del solicitante

Los solicitantes de asistencia pública tienen derecho a lo siguiente:

1. Solicitar y, si reúne los requisitos, recibir asistencia. Volver a presentar la solicitud en cualquier momento si esta es denegada o retirada.
2. Recibir la opción de ser incluido en la lista de espera si el Programa de SCCA de su condado no tiene fondos disponibles.
3. Recibir un aviso de redeterminación, al menos, 30 días antes del final de su período de certificación actual de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado.
4. A que toda la información que usted proporciona a la agencia sea considerada confidencial y no se divulgue a menos que la ley lo exija. Tenga en cuenta que la información que usted proporciona a esta agencia puede almacenarse en una base de datos informática.
5. Contar con servicios de interpretación o traducción sin costo cuando se comunique con la agencia.
6. Recibir ayuda para completar una solicitud o para reunir la información necesaria a fin de determinar la elegibilidad.
7. Solicitar asistencia para nuevos miembros o miembros adicionales del hogar en cualquier momento.
8. Retirar una solicitud o solicitar la finalización de los beneficios que recibe en cualquier momento.
9. Recibir un aviso de cualquier información que se necesite para determinar su elegibilidad, así como del resultado de su solicitud o de cualquier cambio en sus beneficios.
10. Recibir su asistencia hasta que el aviso de cancelación haya expirado o hasta que sea retenido mediante el procedimiento correspondiente.
11. Tenga en cuenta que se obtienen datos raciales y étnicos sobre los miembros del hogar participantes. Esta información es voluntaria. Si decide no proporcionarla, ni su elegibilidad ni el monto del beneficio o la asistencia se verán afectados.
12. Estar protegido por ley contra la discriminación por raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad o afiliación política DHHS sigue los estándares establecidos por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles.
13. Formular preguntas sobre las reglas y los requisitos del programa.
14. Solicitar una audiencia ante el Department of Social Services del condado y de la División de Servicios Sociales del estado. Los requisitos de audiencia pueden ser diferentes para cada programa. Consulte la **Sección 9** Derechos de audiencia para solicitantes.

Responsabilidades del solicitante

1. Informar los cambios a su trabajador social de cuidado infantil dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que ocurran los cambios, incluido lo siguiente:
 - Cambio de información de contacto, que incluye la dirección y el número de teléfono.
 - Aumento de los ingresos que exceda el 85% del ingreso medio estatal (SMI) (esto NO debe incluir fluctuaciones irregulares de ingresos) basado en el gráfico del SMI publicado en el sitio web de la DCDEE.
 - El beneficiario ya no es empleado, ya no está en un entorno educativo, o tiene cualquier otro cambio temporal en su necesidad de cuidado infantil o se necesita o desea el cambio en la elección del proveedor del destinatario.
 - El destinatario necesita o quiere poner fin a los servicios de cuidado infantil.
2. Informar las ausencias a su trabajador social de cuidado infantil cuando sus hijos estén ausentes del acuerdo de cuidado infantil por más de cinco (10) días durante un mes o si su hijo ya no estará inscrito en el centro o en el hogar.
3. Pagar los honorarios de los padres determinados por su trabajador social de cuidado infantil al proveedor de su hijo. La falta de pago de estos honorarios de forma regular y puntual puede dar como resultado la baja de los servicios de cuidado infantil. No será elegible para los servicios de cuidado infantil hasta que se paguen los honorarios de los padres. Además, debe solicitar un recibo del proveedor cada vez que pague los honorarios de cuidado infantil.
4. Responder a todos los contactos del Department of Social Services (DSS) del condado o de la Agencia Local de Compras (LPA) con respecto a su elegibilidad continua dentro del marco de tiempo solicitado. La falta de respuesta puede resultar en la terminación de los servicios. Si sus servicios de cuidado infantil se terminan y continúa necesitando ayuda para pagar el cuidado infantil, debe solicitar que se agregue su nombre a la lista de espera de cuidado infantil si existe una lista.
5. Proporcionar la información obligatoria para que se pueda determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Si no hay información escrita disponible, al firmar este formulario, usted le otorga permiso al trabajador para verificar la información, por ejemplo, los ingresos, ya sea por teléfono o a través de otros documentos archivados en el DSS u otras agencias.

TERGIVERSACIÓN FRAUDULENTO

Si usted hace una declaración o representación falsa con respecto a un hecho esencial con la intención de engañar, o no revela un hecho esencial, y como resultado obtiene, intenta obtener o continúa recibiendo un subsidio para el cuidado infantil; entonces, usted puede ser declarado culpable del delito de tergiversación fraudulenta según el Estatuto General de North Carolina 110-107. El fraude de subsidios es un delito en el estado de North Carolina. De acuerdo con la Ley de North Carolina, a cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o retenga información para recibir dinero a través de un subsidio por cuidado infantil se le puede iniciar acciones legales ante la justicia penal e, incluso, ser condenada a prisión.

Si tiene una primera instancia de tergiversación fraudulenta, debe reembolsar el monto del subsidio de cuidado infantil por el cual usted no era elegible, y será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Usted tiene derecho a apelar la decisión tomada.

Si usted es condenado por tergiversación fraudulenta por un tribunal de jurisdicción competente, también será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado y no se podrá apelar la sanción impuesta.

7. Por mi firma a continuación:

Certificación del solicitante/representante autorizado: certifico que leí, o me leyeron, la Declaración del Solicitante al dorso de este formulario, que mi trabajador social de cuidado infantil explicó la información en la parte posterior de este formulario y que la información que se proporcionó, como se refleja en este formulario, es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del solicitante/representante autorizado: _____ Fecha: ___/___/_____

Firma del trabajador social de cuidado infantil: _____ Fecha: ___/___/_____

Nombre del proveedor de cuidado infantil seleccionado: _____

Dirección del proveedor de cuidado infantil seleccionado: _____

NOTA: El programa de SCCA NO pagará por ningún niño que sea atendido antes de recibir una autorización por escrito.

8. Registro de votantes

¿Está registrado para votar en la dirección donde vive? __Sí __No Si no es así, ¿le gustaría registrarse hoy? __Sí __No

Si no marca una opción, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el importe de la asistencia que esta agencia le brindará. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien interfirió con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o presentar una solicitud para su registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de North Carolina. Si necesita ayuda, llame a la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de North Carolina al 1-866-522-4723.

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Completó todas las secciones de la solicitud?
- ¿Firmó y fechó esta solicitud?
- ¿Adjuntó copias de sus recibos de pago? Incluya copias de todos los talones de cheques del mes anterior a la fecha en que envíe esta solicitud.
- Si asiste a la escuela o a un programa de capacitación, ¿adjuntó una copia del cronograma?
- Si trabaja por cuenta propia, ¿adjuntó sus formularios de impuestos sobre el ingreso más recientes?
- ¿Firmó y recibió la documentación de derechos y responsabilidades?
- ¿Seleccionó un proveedor de cuidado infantil?
- ¿Recibió información sobre Developmental Screenings y otros programas para los que puede ser elegible?
- Recibió información sobre el registro de votantes.

Si no está seguro de qué enviar o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su LPA/DSS local.

9. Información del Programa SCCA - GUARDE ESTO PARA SUS REGISTROS

Este formulario también sirve como su registro de la información que usted proporcionó y se utiliza para determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil.

Su firma en la **Sección 7** del formulario certifica que usted fue informado y acepta los derechos y responsabilidades que se detallan en la siguiente declaración. **No devuelva esta parte de la solicitud, guárdela para sus registros.**

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que soy responsable de proporcionar a mi trabajador social de cuidado infantil de la agencia local de compras cierta información necesaria para determinar la elegibilidad para los servicios solicitados. Además, entiendo que si soy descalificado del programa de subsidios debido a actos fraudulentos (consulte Fraude de Cuidado Infantil en la siguiente sección), no reuniré los requisitos para el subsidio de cuidado infantil en ningún condado. La información que proporcioné se refleja en este formulario y representa una declaración verdadera y completa de los hechos de acuerdo con mi leal saber y entender. También entiendo que la información que proporcioné puede estar sujeta a verificación y que se me puede pedir, en este momento o con posterioridad, que proporcione documentación que respalde la información que le brindo a mi trabajador social de cuidado infantil. Acepto notificar a mi trabajador social de cuidado infantil de la Agencia Local de Compras / el Department of Social Services del condado (Local Purchasing Agency, LPA/Department of Social Services, DSS) dentro de los diez (10) días hábiles de cualquier cambio en la dirección, el empleo, los ingresos, el horario de capacitación escolar o laboral (si corresponde), los arreglos de vivienda o el tamaño de la familia de aquellos para quienes se solicitan los servicios.

Entiendo que la información que proporciono a mi trabajador social de cuidado infantil se mantendrá en estricta confidencialidad y no se revelará a nadie sin mi consentimiento por escrito, excepto la información necesaria para determinar la elegibilidad y la información que puede revelarse en el curso de las auditorías y el monitoreo de la agencia. Mediante este documento, autorizo la divulgación de cualquier información, informes y cualquier información de la Administración del Seguro Social a mi trabajador social de cuidado infantil que sea necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado.

TERGIVERSACIÓN FRAUDULENTA

El fraude es un delito penal. Entiendo que es contrario a la ley realizar declaraciones falsas u ocultar si usted hace una declaración o representación falsa con respecto a un hecho esencial con la intención de engañar, o no revela un hecho esencial, y como resultado obtiene, intenta obtener o continúa recibiendo un subsidio para el cuidado infantil; entonces, usted puede ser declarado culpable del delito de tergiversación fraudulenta según el Estatuto General 110-107 de North Carolina. El fraude de subsidios es un delito en el estado de North Carolina. De acuerdo con la Ley de North Carolina, a cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o retenga información para recibir dinero a través de un subsidio por cuidado infantil se le puede iniciar acciones legales ante la justicia penal e, incluso, ser condenada a prisión.

Si tiene una primera instancia de tergiversación fraudulenta, debe reembolsar el monto del subsidio de cuidado infantil por el cual usted no era elegible, y será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Usted tiene derecho a apelar la decisión tomada.

Si usted es condenado por tergiversación fraudulenta por un tribunal de jurisdicción competente, también será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado y no se podrá apelar la sanción impuesta.

CÓMO OBTENER UNA AUDIENCIA JUSTA

Entiendo que tengo derecho a solicitar y obtener una audiencia justa si la Agencia Local de Compras no actúa sobre mi solicitud con una prontitud razonable (es decir, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que se recibe la solicitud o si no estoy de acuerdo con la acción de la LPA en respuesta a mi solicitud. Entiendo que la decisión de la agencia de ninguna manera afecta a Medicaid, WFFA, cupones de alimentos o cualquier otra asistencia o ingreso de servicio. Si reúno los requisitos, entiendo que los servicios se proporcionarán u organizarán dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la notificación de la disponibilidad de dicho servicio.

Si se deniega su solicitud para servicios de cuidado infantil y desea solicitar una audiencia justa, debe comunicarse con el supervisor/coordinador de cuidado infantil de la Agencia Local de Compras dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha de la acción.

Se programará una audiencia para usted con un funcionario del Department of Social Services del condado. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en esa audiencia, es posible que tenga una audiencia con un funcionario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC.

En cualquiera de estas audiencias, puede solicitar que alguien lo represente, por ejemplo, un familiar, un asistente legal o un abogado pagado por usted. Es posible que tenga a disposición servicios legales gratuitos en su comunidad. Comuníquese con su oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame a la línea gratuita 1-866-219-5262.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, comuníquese con su trabajador social de cuidado infantil lo antes posible.

TIPOS DE INGRESOS PARA INFORMAR

Sueldos o salarios; ingresos brutos ajustados procedentes del trabajo por cuenta propia; seguridad social; dividendos, intereses, ingresos de patrimonios, fideicomisos o regalías; ingresos brutos ajustados por alquiler; asistencia pública o pagos de asistencia social; pensiones; anualidades; prestaciones de jubilación; indemnización laboral o beneficios de huelga; indemnización por accidentes de trabajo; pensión alimenticia; manutención de los hijos; beneficios para veteranos; beneficios de capacitación en el trabajo; pago de las Fuerzas Armadas; programas suplementarios de trabajo; subsidios para el cuidado infantil.