

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 Child Care Administration (*Administración de Cuidado de Niños*)
SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS

FECHA RECIBIDA

SOLICITUD Y PETICIÓN INICIALES **RENOVACIÓN DE SOLICITUD** Para solicitar beneficios, usted tiene que llenar este formulario. Por favor lea cada pregunta con detenimiento y después conteste todas las preguntas con honestidad. El gerente del caso le ayudará con cualquier pregunta que usted no entienda.

¿POR QUÉ USTED Y SU CÓNYUGE U OTRO PADRE EN EL HOGAR NECESITAN SERVICIOS PARA CUIDADO DE NIÑOS?

- Empleo Escuela o capacitación Razones médicas Programa Jobs
 Búsqueda de empleo (*sólo para participantes del Programa de Desviación de Subvenciones*) Otro (*Describe*):

*Usted puede indicar de forma voluntaria su raza y origen étnico. Favor indicar todo lo que corresponda.

** Sí No ¿Es usted miembro inscrito de alguna tribu indígena de los EE. UU.? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál tribu?

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	ESCRIBA SU NOMBRE Y EL DE SU CÓNYUGE [O DE OTRO PADRE O MADRE DEL(LOS) MENOR(ES) QUE VIVE(N) CON USTED]	*RAZA IA: Indígena de los EE. UU. o de Alaska; AS: Asiática; N: Negra o Afroamericana; NH: Nativo de Hawái o de la Polinesia; B: Blanca	¿HISPANO O LATINO? (Marque con un círculo)	NÚM. de SEGURO SOCIAL	FECHA de NACIMIENTO (MM/DD/AA)	ESTADO CIVIL	OTROS NOMBRES QUE USTED HA USADO (p ej., de soltera, alias)
1	NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL SOLICITANTE (<i>nombre, S. I. apellido</i>)	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
2	CÓNYUGE U OTRO PADRE O MADRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí				
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (<i>Núm. o núm. de apto., calle, ciudad, estado, código postal</i>)						TELÉFONO ()	
DOMICILIO DEL SOLICITANTE (<i>Si es diferente al de arriba</i>)						TELÉFONO PARA MENSAJES ()	

INFORMACIÓN DEL MENOR	ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODAS LAS DEMÁS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR EN LOS ESPACIOS ABAJO (<i>Si hay más de 9 personas en su casa, escriba en una hoja separada los nombres y su relación con usted.</i>)	*RAZA IA: Indígena de los EE. UU. o de Alaska; AS: Asiática; BL: Negra o Afroamericana; NH: Nativo de Hawái o de la Polinesia; B: Blanca	¿HISPANO O LATINO? (Marque con un círculo)	NÚM. de SEGURO SOCIAL	FECHA de NACIMIENTO (MM/DD/AA)	¿NECESITA CUIDADO DE NIÑOS? (marque con un círculo)	NOMBRE DE LA ESCUELA DEL MENOR (Indique si es escuela de todo el año)	GRADO ESCUELA	EMPIEZA/TERMINA HORAS POR DÍA
3	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
7	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
8	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
9	NOMBRE	<input type="checkbox"/> **IA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> B	Sí			Sí/No			
SI ESTA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE O MADRE DE ESTE MENOR					¿EL OTRO PADRE O MADRE VIVE CON USTED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Sí No ¿Se encuentra algún miembro del hogar temporalmente fuera de él?

SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DEL MIEMBRO TEMPORALMENTE AUSENTE	RELACIÓN QUE TIENE CON USTED O CON SU HIJO(A),	RAZÓN DE LA AUSENCIA	FECHA EN QUE ESPERA QUE REGRESE
---	--	----------------------	---------------------------------

Sí No ¿Es usted ciudadano de los EE.UU actualmente?
 Ud. debe verificar la ciudadanía de los EE.UU. o residencia legal

MARQUE EL TIPO DE DOCUMENTO QUE VA A PROPORCIONAR:
 Lic. de manejo de AZ Acta de nacimiento de los EE. UU.
 Tarjeta de residencia Otro

¿QUÉ PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS SELECCIONÓ? (Si lo sabe)	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)	TELÉFONO ()
---	--	--------------

Sí No ¿Alguno de sus menores tiene necesidades especiales? En caso afirmativo, indique cuál y describa la necesidad especial:

Sí No ¿Recibe usted o su cónyuge asistencia para vivienda en forma de dinero en efectivo o vale?

Sí No ¿Usted o su cónyuge paga sustento para menores por niños que no viven con usted? Si es así, llene a continuación:

QUIÉN PAGA EL SUSTENTO	A NOMBRE DE QUIÉN (nombre del menor)	CANTIDAD MENSUAL PAGADA
------------------------	--------------------------------------	-------------------------

INGRESOS NO GANADOS (usted tiene que contestar sí o no: SÍ, en caso de que usted o algún miembro del hogar haya recibido o espere recibir ingresos de cualquier otra fuente, NO, en caso de que no corresponda)

SÍ	NO	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA QUE RECIBA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO
		Asistencia en Efectivo	\$		
		Seguro Social/SSI, SSA	\$		
		Manutención de Menores # de ATLAS / # de la Orden judicial	\$		
		Ingresos de otras fuentes tales como: regalos, préstamos, Seguro por Desempleo, renta, intereses, VA o cualquier ingreso de padre(s) ausente(s), amigos o parientes (indique de qué tipo):	\$		

INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVIDADES – (¿Tiene usted más de un empleo? Sí No)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA EN QUE COMENZÓ ESTE TRABAJO
----------------------	--------------------------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)

FECHA DEL 1° CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL 1° CHEQUE COMPLETO	NÚM. PROMEDIO DE DÍAS TRABAJADOS POR SEMANA	PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (o promedio de horas si cambia el horario)
-----------------------------	------------------------------	---	--

SALARIO POR HORA \$	SALARIO BRUTO ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <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 (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
	DESDE: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
	HASTA: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.

¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR DESDE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS A SU TRABAJO O ESCUELA? _____ minutos.

¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA? Carro propio Carro compartido Autobús Bicicleta Camina Otro:

NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO EN ESTE TRABAJO
------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)

FECHA DEL 1° CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL 1° CHEQUE COMPLETO	NÚMERO PROMEDIO DE DÍAS TRABAJADOS POR SEMANA	PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (o promedio de horas si cambia el horario)
-----------------------------	------------------------------	---	--

SALARIO POR HORA \$	SALARIO BRUTO ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <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 (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
	DESDE: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
	HASTA: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.

¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR DESDE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS A SU TRABAJO O ESCUELA? _____ minutos.

¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA? Carro propio Carro compartido Autobús Bicicleta Camina Otro:

NOMBRE DEL EMPLEADOR ANTERIOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR PREVIO (número, calle, ciudad, estado, código postal)
-------------------------------	---

TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN DE LA TERMINACIÓN
--------------------------	----------------------	-------------------------

Sí No ¿Trabaja usted por cuenta propia actualmente? En caso afirmativo, describa su negocio:

Sí No ¿Puede usted fijar su propio horario?

Sí No ¿Tiene usted gastos de su negocio propio?

¿Quién le paga? Clientes individuales Compañía matriz Otro (explique)

¿Es su negocio: (marque uno) Una corporación Un negocio propio Una sociedad (indique todos los socios)

ESCUELA – (¿Asiste usted a la escuela secundaria, universidad o a un programa de capacitación? Sí No)

NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO DE CAPACITACIÓN O ESPECIALIZACIÓN	FECHA DE COMIENZO DEL TRIMESTRE O SEMESTRE	FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRIMESTRE O SEMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
----------------------	--	--	---	---

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Núm., calle, ciudad, estado, código postal) TELÉFONO ()

INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU CÓNYUGE O DEL OTRO PADRE O MADRE DEL(LOS) MENOR(ES) QUE VIVE(N) CON USTED (¿Tiene él o ella más de un empleo? Sí No)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO EN ESTE TRABAJO
----------------------	--------------------------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)

FECHA DEL 1° CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL 1° CHEQUE COMPLETO	NÚMERO PROMEDIO DE DÍAS TRABAJADOS POR SEMANA	PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (o promedio de horas si cambia el horario)
-----------------------------	------------------------------	---	--

SALARIO POR HORA \$	SALARIO BRUTO ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <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 (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Bonificaciones <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	DESDE: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
	HASTA: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.

¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR DESDE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS A SU TRABAJO O ESCUELA? _____ minutos

¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA? Carro propio Carro compartido Autobús Bicicleta Camina Otro:

NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO EN ESTE TRABAJO
------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)

FECHA DEL 1° CHEQUE DE PAGO	FECHA DEL 1° CHEQUE COMPLETO	NÚMERO PROMEDIO DE DÍAS TRABAJADOS POR SEMANA	PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA (o promedio de horas si cambia el horario)
-----------------------------	------------------------------	---	--

SALARIO POR HORA \$	SALARIO BRUTO ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <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 (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (marque uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	DESDE: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
	HASTA: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.

¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR DESDE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS A SU TRABAJO O ESCUELA? _____ minutos.

¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA? Carro propio Carro compartido Autobús Bicicleta Camina Otro:

NOMBRE DEL EMPLEADOR PREVIO	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR PREVIO (número, calle, ciudad, estado, código postal)
-----------------------------	---

TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN DE LA TERMINACIÓN
--------------------------	----------------------	-------------------------

Sí No ¿Trabaja usted por cuenta propia actualmente? En caso afirmativo, describa su negocio:

Sí No ¿Puede usted fijar su propio horario?

Sí No ¿Tiene usted gastos de su negocio propio?

¿Quién le paga? Clientes individuales Compañía matriz Otro (explique)

¿Es su negocio: (Marque uno) Una corporación Autónomo Una sociedad (nombres de todos los socios)

ESCUELA – (¿Asiste esta persona a una escuela secundaria, universidad o a un programa de capacitación? Sí No)

NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO DE CAPACITACIÓN O DE ESPECIALIZACIÓN	FECHA DE COMIENZO DEL TRIMESTRE O SEMESTRE	FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRIMESTRE O SEMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
----------------------	---	--	---	---

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Núm., calle, ciudad, estado, código postal) TELÉFONO ()

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 hijos o el otro padre o madre de sus hijos que vive con usted, o los hijos del otro padre o madre) como dependientes al momento de presentar su declaración de impuestos federal o estatal.

1. ¿Es usted el **padre o madre** biológico(a), adoptivo(a) o padrastro o madrastra del(los) **menor(es)** que necesita(n) cuidado de niños?
- NO..... Si contesta **NO**, usted **NO** debe llenar el resto del cuestionario. Llene la **Declaración de Autosuficiencia** en la página 5 y **LEA y FIRME** los **Derechos y Responsabilidades** en la página 6, antes de presentar esta solicitud.
- SÍ..... Si contesta **SÍ**, **pase a la pregunta #2.**
-
2. ¿Hay algún **otro adulto** (aparte de usted y su cónyuge) **que vive** en su hogar?
- NO..... Si contesta **NO**, usted **NO** debe llenar el resto del cuestionario. Llene la **Declaración de Autosuficiencia** en la página 5 y **LEA y FIRME** los **Derechos y Responsabilidades** en la página 6, antes de presentar esta solicitud.
- SÍ..... Si contesta **SÍ**, **pase a la pregunta #3.**
-
3. ¿El(los) otro(s) adulto(s) que viven con usted ¿tiene(n) parentesco con alguno de los siguientes miembros de su familia (que también viven con usted)?
- Usted mismo;
 - Su cónyuge (u el otro padre o madre de sus hijos); o
 - Sus hijos;
 - Los hijos de su cónyuge (o el otro padre o madre)
- NO..... Si contesta **NO**, usted **NO** debe llenar el resto del cuestionario. Llene la **Declaración de autosuficiencia** en la página 5 y **LEA y FIRME** los **Derechos y responsabilidades** en la página 6, antes de presentar ésta solicitud.
- SÍ..... Si contesta **SÍ**, **pase a la pregunta #4.**
-
4. ¿Alguno de los familiares adultos **que viven con usted** tiene la intención de declararlo a usted, a sus hijos o a su cónyuge (o al otro padre o madre de sus hijos), o a los hijos de su cónyuge o a otro padre o madre de una relación anterior, como dependiente en su declaración de impuestos estatal o federal (cuando presenten sus declaraciones **el próximo año calendario**)?
- NO..... Si contesta **NO**, usted **NO** necesita llenar el resto de este cuestionario. Llene la **Declaración de Autosuficiencia** que está en la página 5 y lea y firme los **Derechos y Responsabilidades** en la página 6 de esta solicitud. Al contestar **NO** y firmar los **Derechos y Responsabilidades** ha declarado que ningún pariente adulto que vive en su hogar se propone declararlo a usted o a cualquier miembro de su familia como dependiente en su declaración de impuestos estatal o federal (cuando presenten sus impuestos 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 para el Cuidado de Niños del DES).**
- NO SÉ..... Si declaró que no sabe, entonces usted y su pariente adulto deben determinar si ellos tienen la intención de declararlo a usted o a cualquier miembro de su familia como dependiente en su declaración federal o estatal. Usted y su familiar deben llenar y firmar la **Declaración de Reclamante Fiscal CCA-1105A** y devolverlo a su Especialista de Cuidado de Niños del DES.**

**** IMPORTANTE:** La Administración del Cuidado de Niños del *Department of Economic Security* **no puede** aconsejarle, ni a usted ni a su familia, que un pariente suyo declare a un miembro de su familia como dependiente para fines fiscales. **Si necesita ayuda** para saber si un **familiar que vive con usted** puede declararlo a usted o a cualquier miembro de su familia como **dependiente para fines fiscales**, el Department of Economic Security le recomienda **buscar ayuda** a través del **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(a) asesor(a) profesional.

INGRESOS DEL RECLAMANTE FISCAL (EL PARIENTE)

Si usted indicó que un **pariente se propone declararlo a usted** o a **algún miembro de su familia** como dependiente en su declaración de impuestos, **usted debe contestar SÍ o NO por cada tipo de fuente de ingreso.** Marque (✓) **SÍ**, si el **RECLAMANTE Fiscal** y/o su **cónyuge** han recibido o recibirán **ingresos de alguna fuente.** Marque (✓) **NO** si no recibe ingresos de esa fuente.

Sí	No	Fuente	Cantidad recibida	Frecuencia del pago	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO
		Ingresos ganados / Ingresos del negocio propio	\$		
		Asistencia en efectivo	\$		
		Seguro Social / SSI, SSA	\$		
		Sustento para Menores # ATLAS y/o # Orden del tribunal	\$		
		Ingresos de otras fuentes tales como: regalos, préstamos, seguro por desempleo, renta, intereses, VA o cualquier ingreso de padre(s) ausente(s), amigos o parientes (<i>indique de qué tipo</i>):	\$		

IMPORTANTE: LA ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS TIENE UN TIEMPO LIMITADO

Las categorías de la Asistencia para el Cuidado de Niños para Subsidio en Bloque para el Trabajo (**BW**); Subsidio en Bloque por Incapacidad/No Disponibilidad (**BU**) Subsidio en Bloque para Padres Adolescentes (**BT**), tienen un plazo limitado a **no más de 1380 unidades pagadas o a 60 meses calendario acumulativos por menor**, lo que suceda *después*. Para tener derecho a recibir una *extensión de 6 meses* de Asistencia para Cuidado de Niños (después de la terminación de su límite temporal), se requerirá que usted declare los esfuerzos que hizo para mejorar su capacidad y avanzar hacia la autosuficiencia (durante el periodo de 6 meses más reciente).

DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA

Durante los últimos 6 meses, he hecho los siguientes esfuerzos para mejorar mis habilidades y avanzar hacia la autosuficiencia (✓ todo lo que aplica):

- | | |
|--|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Me inscribí o busqué trabajo a través de los Centros de Servicios Ocupacionales Integrados (<i>One Stop Career Centers</i>) y los Servicios Job del DES, así como de otras agencias públicas o privadas de empleo o de forma independiente.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Solicité un mejor trabajo.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> He tenido un trabajo constante.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me despidieron, pero encontré un nuevo empleo dentro de los 60 días.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Me cambié a un mejor trabajo (más sueldo, más horas o mejores beneficios).</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Demostré ganancias netas de manera constante en mi negocio propio.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Asistí a clases correctivas para obtener el diploma de escuela secundaria o un GED.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Asistí a clases de inglés para personas que hablan otros idiomas (<i>ESOL por sus siglas en inglés</i>).</p> | <p>9. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela vocacional o técnica, instituto superior o universidad e hice progresos satisfactorios en las actividades.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela o capacitación relacionada con trabajo, o me concentré en obtener un título o certificado que me llevará a obtener mejores oportunidades profesionales.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> NO he pedido Asistencia en Efectivo TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas).</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me comuniqué con la División de 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"/> Seguí con mi plan de tratamiento, bajo la dirección de un médico, psiquiatra, o psicólogo.</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Seguí un plan de caso de un refugio para víctimas de violencia familiar o para personas sin techo.</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Cumplí con o estoy en el proceso de cumplir con un programa de rehabilitación de drogas o alcohol, o de servicio comunitario por orden del tribunal.</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Otro (<i>describa</i>):</p> |
|--|--|

IMPORTANTE: MARQUE ARRIBA TODOS LOS QUE CORRESPONDAN

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. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. 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. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

• Available in English on-line or at the local office.

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 denegar participación o beneficios o para discriminar contra una persona en programas o actividades que reciban asistencia financiera federal".
2. Usted tiene derecho a solicitar servicios de cuidado de niños.
3. Usted tiene derecho a que se tome una decisión con respecto a su solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la agencia recibió su solicitud.
4. Usted tiene derecho a apelar cualquier acción o falta de acción en su caso.
5. Usted tiene derecho a recibir los servicios de cuidado de niños, que otras personas en una situación como la suya reciben en su área.
6. La información que usted proporcione 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 usted no cumple con los requisitos, o si se terminan sus servicios y usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelar dicha decisión por escrito, dentro de los 10 días calendario desde la fecha en se envió por correo la carta de la decisión. **SI SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE MENORS TERMINARON PORQUE USTED NO PAGÓ LOS COPAGOS REQUERIDOS, Y DESEA APELAR, DEBE PRESENTAR UNA APELACIÓN DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DEL AVISO, PARA QUE SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS CONTINÚEN DURANTE EL PERIODO DE LA APELACIÓN.**

SUS RESPONSABILIDADES

1. Usted tiene que firmar este formulario abajo.
2. Usted tiene que ser ciudadano o residente legal de los EE.UU. para recibir los beneficios de cuidado de niños.
3. Sus servicios de cuidado de niños pueden terminar si usted no efectúa los copagos asignados a su proveedor de cuidado de niños.
4. Usted puede usar los servicios de cuidado de niños sólo para los propósitos autorizados (*es decir, para trabajar o participar 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 preguntas acerca de la información que recibe sobre el estado su caso, o de los arreglos para el cuidado de niños.
6. **USTED TIENE QUE AVISAR A SU ESPECIALISTA EN CUIDADO DE NIÑOS DENTRO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES SI:**
 - a. usted se muda.
 - b. hay algún cambio en la situación, las horas o los días de trabajo, un aumento o reducción del salario o cualquier tipo de ingresos no ganados, o cambios en los días u horas, en la asistencia a escuela o capacitación de **suya** o de **cualquier otro adulto** en su hogar.
 - c. comienza a recibir Asistencia en Efectivo o cambia su situación como beneficiario de Asistencia en Efectivo.
 - d. alguien se muda a o fuera de su casa.
 - e. un pariente que reside en su hogar le indicó que ha cambiado su intención de declararlo a usted, a su(s) niño(s), o a su cónyuge (o a otro padre de sus niños), o a los niños de su cónyuge u otro padre o madre como dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal para el año calendario actual.
 - f. usted ya no utiliza los servicios de cuidado de niños o necesita cambiar de proveedor. No se pueden pagar los servicios de un proveedor que su especialista en cuidado de niños no haya autorizado.
7. Usted es responsable de pagar cualquier cargo adicional no cubierto por el DES (*tal como cuotas de inscripción o por tardanzas*).
8. Usted tiene que cooperar con el Arizona Department of Economic Security (*DES por sus siglas en inglés*) para comenzar y mantener su admisibilidad; también tendrá que verificar la información según se le solicite. **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE INFORMAR TODOS LOS CAMBIOS.** El no cumplir con los requisitos del DES puede ocasionar la pérdida de los servicios de cuidado de niños. Puede que usted esté sujeto a colocación en una lista de espera al solicitar de nuevo.
9. Para retener su lugar en la lista cuando la Lista de Espera está en vigencia, usted tiene que cumplir con todos los requisitos del departamento y mantener su derecho a recibir los servicios.
10. Usted tiene que hacer esfuerzos para mejorar sus capacidades 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 Subvenciones para el Cuidado de niños, se le podría pedir, que usted declare cuáles esfuerzos ha hecho su familia para mejorar sus habilidades y avanzar hacia la autosuficiencia en los últimos 6 meses.
11. Sus declaraciones al DES tienen que ser honestas o podrá acusársele de fraude. Los Estatutos Revisados de Arizona (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 lo determine el DES.
13. Si usted apela y elige seguir recibiendo los servicios mientras espera la decisión, y la decisión de la audiencia o de la Junta de Apelaciones **NO** le favorece, usted será responsable de reembolsar al DES por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

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, información y los documentos que he proporcionado, o en mi nombre al DES son ciertos y correctos, según mi leal saber y entender; que no he ocultado ninguna información y he reportado con honradez mi ciudadanía de los EE.UU. o estatus migratorio. Entiendo que, si a sabiendas, yo presento información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, pueden acusarme de fraude conforme a A.R.S. § 132311, un delito grave de clase 5. Autorizo al DES para verificar la información con mis empleadores actuales o anteriores u otras personas o instituciones, y para divulgar mi número de Seguro Social u otra información de identificación personal para tal fin. Entiendo que soy responsable por todos los sobrepagos.

FIRMA DE SOLICITANTE	ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA
----------------------	--	-------

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DEL DES

INFÓRMENOS DE INMEDIATO SOBRE LOS CAMBIOS

Si usted o cualquier miembro de su hogar experimenta cambios en la situación de trabajo, en los estudios, ingresos o situación como beneficiario de Asistencia en Efectivo (CA), o llega alguna persona nueva al hogar, o alguien se va, o hay cualquier otro cambio que pudiera afectar su derecho a recibir los servicios de Cuidado de niños del DES, tiene que informar el cambio a la oficina local de Cuidado de niños del DES dentro de los dos días laborables. Le pueden pedir uno o más de los siguientes tipos de verificación.

REQUISITOS DE VERIFICACIÓN

- Si trabaja o está en un programa de estudios y trabajo, proporcione lo siguiente:
 - copias de sus talones de cheques del periodo de 30 días más reciente o
 - una declaración firmada por su empleador, donde verifica su salario bruto mensual, frecuencia del pago y sus días y horas de trabajo. Incluya también prueba de bonos, propinas, comisiones o subsidios y la frecuencia con que los recibe.
- Si usted trabaja por su cuenta, incluya una copia de su declaración de impuestos anual y trimestral o de sus registros contables semanales o mensuales que muestran los ingresos brutos con recibos de ingresos y gastos del negocio de los últimos tres meses.
- Si usted asiste a la escuela o a alguna capacitación, proporcione una declaración vigente de la escuela o del programa de capacitación que muestre sus días y horas de asistencia y las fechas de comienzo y terminación de la actividad educativa o de la capacitación; es posible que le pidan que compruebe que usted mantiene un progreso satisfactorio o que permanece acreditado académicamente en la institución educativa. **Nota:** Para recibir beneficios de cuidado de niños con propósitos de educación o capacitación, tiene que trabajar un promedio de por lo menos 20 horas semanales en cada mes calendario (*con excepción de los padres y madres adolescentes que asisten a la escuela secundaria o que estudian para su GED y de los participantes en el programa Jobs*).

VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS

- Si recibe Beneficios de: Seguro por Desempleo, Seguro Social, Administración de Veteranos o cualquier otro tipo de beneficio, incluya una copia de la carta actual de su asignación.
- Sustento para Menores. Si usted recibe pagos de sustento para menores a través del tribunal, incluya una copia actual impresa que verifique el pago más reciente. Si los pagos de sustento para menores no llegan a través del tribunal, proporcione la orden judicial o el número de ATLAS.
- Si usted paga sustento para menores para cualquier niño que no reside con usted, proporcione la orden judicial o el acta de divorcio que indica la cantidad que paga mensualmente.
- Si hay algún pariente adulto que **vive con usted**, usted y el pariente adulto tienen que determinar mediante un diálogo si ellos piensan declararlo a usted o a cualquier miembro de su familia, como dependiente en su declaración de impuestos federal o estatal. Puede que se requiera que usted y su(s) pariente(s) llenen y firmen la **Declaración Fiscal del Reclamante, CCA-1105A** y que la devuelva a su Especialista en Cuidado de niños del DES.
- Si algunos de los parientes adultos que **viven con usted**, piensan en declararlo a usted, a sus hijos, o a su cónyuge (o a otro padre o madre de sus niños) o a los hijos de su cónyuge o a otro padre o madre de una relación anterior, como dependientes en su declaración de impuestos, se requiere que proporcione verificación de los ingresos actuales de su pariente y del cónyuge de su pariente (si está casado/a).

CUIDADO DE NIÑOS POR RAZONES MÉDICAS

Usted tiene que presentar una declaración actual de su médico autorizado, psicólogo certificado o especialista de salud mental certificado, donde explica cómo la condición médica le impide cuidar de su(s) hijo(s) a usted o al otro padre o madre en el hogar; también tiene que especificar por cuánto tiempo y con qué frecuencia necesitará los servicios de cuidado de niños.

CUIDADO DE NIÑOS PARA RESIDENTES EN ALBERGUES

Usted tiene que presentar una declaración vigente del albergue donde especifique el número de horas diarias, días por semana y la duración de su actividad actual.

REQUISITOS PARA ESTAR EN LA LISTA DE ESPERA

- Cuando una Lista de Espera esté en vigencia, las familias que tengan ingresos iguales o por debajo del 100% del Índice de Pobreza Federal, tienen prioridad para recibir los servicios, basado en la fecha en que el Departamento haya recibido la solicitud.
- Si usted está en la Lista de Espera, podrá permanecer en la lista mientras su familia: cumpla con los requisitos de ingresos y otros, incluso la cooperación continua con el Departamento, para volver a determinar el derecho a recibirlos, cuando así se lo pidan. El no cumplir con el proceso de revisión de casos o el no proporcionar las verificaciones necesarias, puede resultar en la pérdida de su derecho a participar en los programas de cuidado de niños y en la eliminación de su nombre de la Lista de Espera. Una vez que quiten su nombre de la lista, será necesario que usted solicite de nuevo los servicios de cuidado de niños. Si usted vuelve a solicitar después de la fecha de revisión y se determina que usted tiene derecho a recibirlos, se pondrá nuevamente su nombre en la Lista de Espera a partir de la fecha en la cual usted vuelva a solicitar.

REQUISITOS PARA FAMILIAS BENEFICIARIAS DE CA QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS O DE CAPACITACIÓN

Si usted es beneficiario de Asistencia en Efectivo (*CA por sus siglas en inglés*) y recibe servicios de cuidado de niños debido a sus necesidades educativas o de capacitación, usted tiene que cumplir con los requisitos del programa Jobs (*si ellos se han comunicado con usted*) como un requisito para tener derecho a recibir CA y Cuidado de niños. Si el programa Jobs se comunica con usted, usted tiene que participar en todas las actividades que Jobs le asigne. El no cumplir con los requisitos de Jobs, puede resultar en sanciones, en la reducción de sus beneficios de CA o en la terminación y en la posible pérdida de su derecho a recibir cuidado de niños.

CUANDO SU COPAGO DIARIO EXCEDE A LA TARIFA QUE PAGA EL DES

IMPORTANTE: Si el copago diario que se le asigne (*basado en el tamaño de su familia y sus ingresos*) es superior a la tarifa diaria que paga el DES (*basado en el proveedor que usted haya seleccionado y en la edad de su hijo*), su proveedor no recibirá pagos del DES. Si usted tiene derecho a los niveles L5 o L6, hable con su proveedor para ver cómo eso le afectará.

AYUDA PARA ENCONTRAR A UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Recursos y Recomendaciones para Cuidado de niños (CCR&R por sus siglas en inglés) es un servicio que puede ayudarle a conseguir a un proveedor de cuidado de niños conveniente para usted. Es un servicio gratis disponible para todas las familias. Llame al 1-800-308-9000 para más información de cómo localizar a un proveedor de cuidado de niños.