



## SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADOS INFANTILES

**AVISO IMPORTANTE:** Si necesita ayuda con cualquiera de lo siguiente, por favor pídale. Estos servicios son gratis:

- Un intérprete (Nosotros proveemos los servicios de un interprete, sin costo alguno.) Marque 2-1-1 or 1-800-926-2588 or TDD 208-332-7205.
- Ayuda llenando este formulario.
- Ayuda para una discapacidad.

**INSTRUCCIONES:** Lea todas las preguntas e instrucciones con cuidado. Las instrucciones incluyen consejos para ayudarlo a llenar la solicitud con rapidez y facilidad. Lea el reverso de cada página para más información. Si necesita proveer más información y no tiene espacio, por favor adjunte páginas adicionales.

¿Qué idioma prefiere? Hablado \_\_\_\_\_ Escrito \_\_\_\_\_

¿Usted necesita a intérprete si usted tiene una entrevista? Uno estará disponible en ningún costo para usted.  No  Sí

### Díganos Quién es Usted

Su Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Nombres anteriores, si los hay
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección para el Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de Teléfono durante el día (de trabajo, casa o celular)	Si no tiene, ¿en dónde se puede dejar mensaje? Teléfono:		Correo Electrónico	

Indique todas las personas que viven en su casa.

Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)			Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco: <b>YO MISMO</b>		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació
Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)			Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació
Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)			Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació
Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)			Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació

continuado en la página siguiente...

**LA ASISTENCIA CON EL CUIDADO DE LOS NIÑOS** es provista por el Programa para el Cuidado de los Niños de Idaho (ICCP por sus siglas en inglés) para ayudar a padres de familia y cuidadores a pagar parte del gasto del cuidado de los niños mientras ellos trabajan, van a la escuela, a un entrenamiento o buscan trabajo.

**PARA SOLICITAR** la Asistencia para Cuidados Infantiles, llene y firme una solicitud y entréguela en la Unidad Consolidada de ICCP:

REGION IV MSC4355  
SELF RELIANCE  
IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH AND WELFARE  
PO BOX 83720  
BOISE ID 83707-9815

Correo Electrónico: ICCPUnit@dhw.idaho.gov

**Usted tal vez tenga que proveer los siguientes comprobantes:**

- De ingresos o de cualquier dinero que entra a su casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- El gasto del cuidado de los niños.
- Los registros de vacunas para los niños que todavía no van a la escuela. (Si no los vacuna por razones médicas o religiosas, por favor provea una declaración por escrito explicando su razón.)
- El nombre del proveedor del cuidado de los niños.
- El horario escolar actual (si van a la escuela) de los padres/ cuidadores — esto debe incluir los días y las horas de clases.
- El dinero pagado para el sostenimiento de un niño que no vive con usted. La cantidad del beneficio para el cuidado del niño tal vez aumente si usted provee este comprobante.

**Para recibir Asistencia para Cuidados Infantiles, debe cumplir con los siguientes requisitos del programa:**

- Si ambos padres están bajo el mismo techo, cada uno debe trabajar, asistir a la escuela o capacitación o participar con el contratista de Enhanced Work Services del Departamento a fin de que se apruebe la Asistencia para Cuidados Infantiles para la familia.
- Usted debe trabajar, asistir a la escuela/capacitación o participar con el contratista de Enhanced Work Services del Departamento a fin de que reciba la Asistencia para Cuidados Infantiles.
- ICCP sólo cubre una parte de sus costos de cuidados infantiles mientras usted trabaje, asista a la escuela o capacitación o participe en Enhanced Work Services. Debe pagar el costo restante que no cubre el programa de Cuidados Infantiles. ICCP jamás le pagará el 100% de los costos de cuidados infantiles.
- ICCP cubrirá parte de los costos de cuidados infantiles sólo si dichos servicios los proporciona un prestador de cuidados infantiles registrado de ICCP.

**Si recibe Asistencia para Cuidados Infantiles, deberá informar:**

- Cambios en el ingreso.
- Cambios del número de horas que su hijo recibe los cuidados.
- Cambios en la cantidad de dinero que se le cobra por los cuidados infantiles.
- Cambios de prestador de cuidados infantiles.

Si tiene alguna duda sobre cómo solicitar la Asistencia para Cuidados Infantiles, llame al 1-866-343-2027 o correo electrónico ICCPUnit@dhw.idaho.gov. Para información sobre cómo un prestador de cuidados infantiles puede registrarse ante ICCP, marque a la línea de cuidados Idaho CareLine 2-1-1 o llame al 1-800-926-2588.

**COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS:** Al solicitar nuestros servicios usted tal vez sea referido a los Servicios del Sostenimiento de los Niños. Si su hogar incluye a menores de edad y uno o ambos padres no están viviendo en la casa, se le referirá a los Servicios para el Sostenimiento de los Niños. Usted debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o disminución en sus beneficios, a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

## Díganos Quién es Usted (continuado)

Indique todas las personas que viven en su casa.

Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)				Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació

  

Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)				Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació

  

Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)				Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Parentesco:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	Raza:	Hispano o Latino? (Optional) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació	País en el que nació

¿Tiene estudiantes en su casa? Anote a todos los miembros de la casa de 16 años de edad o mayores que son estudiantes o planean ir a la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	A QUÉ ESCUELA VA	HORAS POR SEMANA	FECHA ESTIMADA DE GRADUACIÓN

Si tiene niños en su casa, ¿están todos al día con las vacunas?

No  Sí

## Díganos sobre los Ingresos de su Hogar

\* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Por favor anote todo el dinero recibido o que espera recibir por todos los miembros del hogar. Incluya todo ingreso de salario, Seguro Social, Sostenimiento de los Niños, desempleo, propinas, regalos o préstamos en efectivo, ayuda financieramestudiantil, etc.

TIPO DE DINERO RECIBIDO	QUIEN GANÓ/ RECIBIÓ EL DINERO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	CADA CUÁNTO LE PAGAN	\$ POR HORA	HORAS POR SEMANA	CANTIDAD MENSUAL TOTAL
			<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			
			<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			
			<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			

¿Hay alguien en la casa que tiene su propio negocio?  No  Sí ¿Quién? \_\_\_\_\_

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_ Años en el negocio: \_\_\_\_\_

## **¿TENGO QUE SER CIUDADANO?**

De acuerdo a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, si usted **NO** tiene una tarjeta de residente, los miembros de su familia que son elegibles pueden usar los beneficios que no son monetarios, incluyendo Medicaid, los Cupones de Alimentos, WIC, asistencia con la vivienda, beneficios de electricidad, entrenamiento para un trabajo, para el cuidado de los niños, ayuda en casos de desastre, asistencia con la salud pública, etc., sin lastimar sus oportunidades de obtener una tarjeta de residente, de hacerse ciudadano estadounidense, o de patrocinar a parientes en el futuro..

## **¿TENGO QUE DIVULGAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS) Y ESTADO DE CIUDADANÍA?**

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden optar no solicitar los servicios de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que proveer un NSS ni su estado de ciudadanía o de inmigración. Los beneficios para los solicitantes no serán atrasados ni negados a causa de que algunos miembros de la familia no solicitan servicios.

Alguien que solicita servicios, excepto para el cuidado de los niños, debe tener un NSS o debe solicitar uno. Si usted sólo quiere Medicaid de Emergencia o es la víctima de violencia doméstica, tal vez no tenga que proveer un NSS ni su estado de inmigración. Usted sólo nos tiene que dar el estado de ciudadanía o inmigración de las personas que quieren ayuda, excepto si está solicitando ayuda con el cuidado de los niños.

Nosotros podemos ayudarle a solicitar un NSS y los beneficios no serán negados ni atrasados mientras que se procesa la solicitud. Nosotros necesitamos un NSS para ayudarle a establecer la paternidad, para obtener Sosténimiento para los Niños y cambiar o reforzar las órdenes para el Sosténimiento de los Niños, incluyendo para el seguro médico de un niño. Los NSS no serán dados a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

## **¿EXISTE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD PARA LOS SOLICITANTES?**

De acuerdo a la ley federal y a la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar tiene prohibido discriminar a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja, contacte al HHS:

U.S. Department of Health & Human Services  
Room 506 F, 200 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20201  
ocrcomplain@hhs.gov  
(202) 619.0403 (Voz)  
(202) 619.3257 (TTY)

HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidad.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### AL ANOTAR MIS INICIALES EN LAS SIGUIENTES PROVISIONES, ENTIENDO QUE . . .

\_\_\_\_\_ Podría ser sancionado y requerido que regrese los beneficios que reciba si la información sobre mi persona no es fidedigna. Las sanciones pueden ser medidas administrativas, civiles o penales en mi contra, incluso ser procesado.

\_\_\_\_\_ Autorizo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que recopile, utilice y divulgue la información sobre mi persona. Entiendo que la información es necesaria para fines de proporcionar los beneficios o servicios, obtener el pago por los beneficios o servicios que reciba y para operaciones comerciales normales del Departamento.

\_\_\_\_\_ Tengo el derecho de anular, por escrito, este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida que el Departamento ya haya utilizado y divulgado la información sobre mi persona en virtud de este consentimiento. Si anulo este consentimiento, es posible que el Departamento no me proporcione más beneficios o servicios.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me informará del derecho a apelar las decisiones del Departamento y que puedo ponerme en contacto con el Departamento respecto a la información sobre el proceso de apelación.

\_\_\_\_\_ Mi firma al calce indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

\_\_\_\_\_ Mi firma al calce certifica que la ciudadanía / situación migratoria marcada en la página 1 de cada persona solicitante es la correcta.

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que proveo es verdadera y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha