



HOJA DE TRABAJO DEL SOLICITANTE PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Formulario estatal 57383 (4-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

FONDO DE CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF)/PROGRAMA ON MY WAY PRE-K

Nombre del solicitante	Número de caso	Fecha de nacimiento del solicitante (día, mes, año)	Número de teléfono celular ()	Otro teléfono de contacto ()
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado	¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal (si es diferente a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Idioma principal hablado	Dirección de correo electrónico

ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

	Nombre completo	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿Trabaja?	¿Va a la escuela?	Grado más alto completado	Horas de trabajo o en la escuela por semana	Días por semana que se necesita cuidado (Dom., Lun., Mar., Miérc., Juev., Viern., Sáb.)
SOLICITANTE			ÉL MISMO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
COSOLICITANTE				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Relación con el solicitante	¿El niño necesita cuidado infantil?	El niño vive en el hogar con	Entrega más temprano	Retiro más tarde
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.

DIVULGACIÓN DE INGRESOS: incluye todos los ingresos recibidos

Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse	Fuente de ingresos	Cantidad mensual	Para quién	Verificación que debe adjuntarse
Manutención infantil			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Pagos/salario			Talón de pago o cheque cancelado (anverso y reverso) y formulario de detalle de salario (si corresponde)
Seguro social			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	Asistencia para la vivienda			Ninguna
Seguro social suplementario			Carta de adjudicación, talón de cheque o verificación de la agencia	SNAP			Ninguna
TANF			Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Estudio, Trabajo			Ninguna

Desempleo		Se debe indicar el monto, incluso si es cero (0).	Otro		Adjuntar documentación adecuada
-----------	--	---	------	--	---------------------------------

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. ¿A qué distrito escolar asiste su hijo?	2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o en un refugio para víctimas de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Vive en su automóvil, en un parque u otro lugar público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está usted o su cosolicitante activo en el ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted o su cosolicitante activo en la Guardia Nacional o la Reserva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene activos que superan el (1) millón de dólares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

Entiendo lo siguiente relacionado con mi tarjeta Hoosier Works para el Cuidado Infantil (HWCC) y el registro de la asistencia de mi hijo:

- Entiendo que se me pedirá que documente electrónicamente la información de asistencia de mi(s) hijo(s). Solo utilizaré mi tarjeta Hoosier Work para el Cuidado Infantil para documentar la asistencia cuando realmente refleje el cuidado brindado.
- Entiendo que, si no uso mi asistencia de cuidado infantil dentro de los sesenta (60) días, se anulará.
- Entiendo que solo puedo documentar electrónicamente la asistencia de mi hijo, o de otro modo, cuando este asista al lugar donde se ha asignado mi cupón.
- Entiendo que no puedo dejarle mi tarjeta Hoosier Works para el Cuidado Infantil al proveedor de cuidado infantil. Acepto mantener la confidencialidad de mi número de identificación personal (PIN), ya que constituye mi firma electrónica.
Entiendo que el incumplimiento puede dar como resultado la terminación de mis beneficios de cuidado infantil y el reembolso de la asistencia de cuidado infantil pagada en mi nombre.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a la Oficina de Elegibilidad si pierdo o me roban mi tarjeta Hoosier Works para el Cuidado Infantil.
- Entiendo que puedo utilizar Días personales. Los reclamos de Días personales deben usarse a mi discreción para los días en que el proveedor estuvo abierto al público y mi(s) hijo(s) tenían previsto asistir, pero no asistieron a ninguna parte del día. Un Día personal agrega diez (10) horas a la asistencia total de un niño durante la semana, o dos (2) horas para un cupón antes y después de la escuela.

Entiendo lo siguiente en relación con mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para beneficios de cuidado infantil:

- Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Oficina de Elegibilidad información completa y precisa que incluye, a modo de ejemplo, ingresos y composición familiar. Entiendo que se me pedirá que presente prueba de la información proporcionada.
- Entiendo que se me puede solicitar que verifique estas declaraciones, y doy mi consentimiento a la agencia desde donde solicito servicios para hacer los contactos necesarios y verificar las declaraciones.
- Entiendo que el cuidado infantil subsidiado no comenzará hasta que se completen todos los formularios y haya recibido una notificación por escrito de la Oficina o su representante.
- Entiendo que debo informar a la Oficina de Elegibilidad cuando finaliza mi necesidad de servicio, mi estado de TANF o mi composición familiar cambian, me mudo a otro estado, obtengo un nuevo número de teléfono, tengo activos totales que exceden 1 millón de dólares o un cambio en ingresos que exceden el 85% del ingreso medio estatal (SMI), dentro de los diez (10) días calendario posteriores al cambio y proporcionar documentación de respaldo, si fuera necesario.
- Entiendo que se me puede pedir que coopere con personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación del programa.

Entiendo lo siguiente en relación con mi proveedor de cuidado infantil:

- Entiendo que debo solicitar un cambio de proveedor enviando una página de información del proveedor completa y actualizada a la Oficina de Elegibilidad, a más tardar, al mediodía del día anterior al último día hábil de la semana.
- Entiendo que la elección del cuidador no es solo mi elección, es mi responsabilidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad reportar cualquier sospecha de abuso y negligencia infantil a la autoridad correspondiente y que las demás personas tienen la misma responsabilidad con respecto a mi(s) hijo(s).
- Entiendo que el reembolso por la atención de mi hijo se realizará directamente al proveedor, a menos que la atención la brinde en mi hogar un no residente, en cuyo caso el pago se realizará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados, así como cualquier copago. También entiendo que es mi responsabilidad retener y realizar todos los pagos correspondientes del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para mi proveedor de cuidado infantil y para el informe de fin de año al IRS.
- Entiendo que a los padres, padrastros o tutores legales no se les pagará como cuidadores de sus propios hijos.
- Entiendo que la falta de pago de cualquier copago de cuidado infantil podría dar lugar a que mi familia pierda esta asistencia financiera.

Entiendo mis derechos al recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF/On My Way Pre-K:

- Entiendo que la información relativa a mi familia sobre el programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K y los servicios que recibo se tratarán como confidenciales, y se utilizarán únicamente para la administración del programa de cupones CCDF/On My Way Pre-K.
- Entiendo mi derecho a presentar una queja por escrito.
- Entiendo que puedo presentar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con una acción tomada con respecto a mi elegibilidad para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil pueden cancelarse por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de información adicional relacionada con la determinación de elegibilidad de la Oficina o sus agentes dentro del plazo requerido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días posteriores al primer pago atrasado.
- No documentar la asistencia de un niño elegible para CCDF/On My Way Pre-K de la manera requerida por la Oficina.
- No reembolsar completamente a un proveedor elegible en el hogar (niño/a) de CCDF/On My Way Pre-K.
- Presentar reclamos de asistencia por el tiempo que el niño elegible para CCDF/On My Way Pre-K no estuvo presente, con la excepción de los días festivos y días personales aprobados, según lo permita la Oficina.
- Permitir que una persona no autorizada, incluido el proveedor de cuidado infantil elegible de CCDF/On My Way Pre-K, posea una tarjeta de Hoosier Works para el Cuidado Infantil, número de tarjeta o número

de identificación personal, contraseña o cualquier otra herramienta para ingresar información de asistencia electrónica, según corresponda.

- No mantenerse al día con cualquier acuerdo de pago existente determinado por la Oficina.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.

Entiendo que mis beneficios de cuidado infantil se cancelarán por cualquiera de los siguientes motivos:

- Ausencias excesivas e inexplicables.
- Un cambio de residencia fuera del Estado.
- Violaciones intencionales del programa o fraude comprobados.
- No proporcionar información completa en el momento de la autorización o actualización.
- Los ingresos del hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumplen con la elegibilidad financiera.
- El hogar de CCDF/On My Way Pre-K no cumple con los requisitos de necesidad de servicio.
- El copago supera el subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible para CCDF/On My Way Pre-K.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

El título 18, art. 1001 del U.S.C. autoriza sanciones penales contra un individuo que, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, a sabiendas e intencionalmente falsifique, oculte o encubra mediante cualquier truco, plan o dispositivo un hecho material, o bien, lleve a cabo declaraciones o representaciones falsas, ficticias o fraudulentas, o realice cualquier escrito o documento falso sabiendo que contiene cualquier tipo de declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta. Los infractores individuales están sujetos a multas de hasta \$250 000 dólares y penas de prisión de hasta cinco años. Los infractores que sean organizaciones están sujetos a multas de hasta \$500 000 (Título 18, art. 3571 del U.S.C.). El art. 3571(d) también autoriza multas de hasta el doble de la ganancia bruta obtenida por el infractor si es mayor que la cantidad específicamente autorizada por el estatuto de sentencia.

Artículo 35-43-5-7: Fraude de asistencia social (a) Una persona que, a sabiendas o intencionalmente: (1) obtiene ayuda o asistencia pública mediante suplantación de identidad, transferencia ficticia, declaración oral o escrita falsa o engañosa, transferencia fraudulenta u otros medios fraudulentos; (2) adquiere, posee, utiliza, transfiere, vende, comercializa, emite o dispone de: (A) un documento de autorización para obtener ayuda o asistencia pública; o (B) ayuda o asistencia pública; excepto lo autorizado por la ley; (3) utiliza, transfiere, adquiere, emite o posee un documento de autorización en blanco o incompleto para participar en programas públicos de ayuda o asistencia, excepto según lo autorice la ley; (4) falsifica o altera un documento de autorización para recibir ayuda o asistencia pública, o usa, transfiere, adquiere o posee a sabiendas un documento de autorización falsificado o alterado para recibir ayuda o asistencia pública; o bien, (5) oculta información con el fin de recibir ayuda o asistencia pública a la que no tiene derecho; comete fraude a la asistencia social, un delito menor de Clase A, excepto lo dispuesto en la subsección (b): (b) La infracción es: (1) un delito grave de Clase D si: (A) el monto de ayuda o asistencia pública involucrada es superior a doscientos cincuenta dólares (\$250) pero inferior a dos mil quinientos dólares (\$2500); o (B) la cantidad involucrada no supera los doscientos cincuenta dólares (\$250) y la persona tiene una condena previa por fraude a la asistencia social según esta sección; y (2) un delito grave de Clase C si el monto de ayuda o asistencia pública involucrada es de dos mil quinientos dólares (\$2500) o más, independientemente de si la persona tiene una condena previa por fraude a la asistencia social según esta sección. (c) Siempre que una persona sea condenada por fraude a la asistencia social conforme a esta sección, el secretario del tribunal de sentencia deberá certificar a la agencia estatal correspondiente y a la agencia correspondiente del condado de residencia del acusado: (1) su condena; y (2) si el acusado es puesto en libertad condicional y se ordena la restitución según IC 35-38-2.

He leído y entiendo las sanciones por falsificar información, tal como están detalladas en esta solicitud. Entiendo que cualquier omisión deliberada, tergiversación o falsificación de cualquier información incluida en esta solicitud o en cualquier comunicación que proporcione información a la Administración de Servicios Sociales y Familiares/Oficina de Educación Infantil y Aprendizaje Extraescolar, o cualquier alteración deliberada de cualquier texto en este formulario de solicitud, puede ser penalizada con sanciones penales, civiles o administrativas que incluyen, a modo enunciativo, la denegación o revocación de los beneficios del CCDF, o la imposición de multas, daños civiles o prisión.

Firma del solicitante	Nombre en letra de imprenta	Fecha (día, mes, año)
-----------------------	-----------------------------	-----------------------

NOTAS PARA SU OFICINA DE ELEGIBILIDAD
