|  |  |
| --- | --- |
| . | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee****SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL/SMART STEPS** |

# Revise la siguiente información antes de solicitar asistencia de pago de cuidado infantil al Departamento de Servicios Humanos. El programa de Asistencia de pago de Cuidado infantil del Estado de Tennessee es un programa basado en la idoneidad y necesidad familiar. Presente esta solicitud completada en la oficina del TDHS del condado de su localidad (<https://www.tn.gov/content/tn/humanservices/for-families/child-care-services/child-care-assistance-office-locator.html>).

**\*\*Su solicitud se añadirá al sistema en línea y se procesará en el orden en que fue recibida, junto con otras solicitudes enviadas por los clientes, ya sea en línea o impresas.**

**\*\*Las solicitudes no pueden ser procesadas hasta tanto se entreguen todos los documentos necesarios. Entregue sus documentos junto con esta solicitud.**

**\*\*Si se necesitan otros documentos recibirá un correo electrónico con los pasos a seguir para entregarlos. De no entregar los documentos correctamente, podría traer como resultado que se deniegue su solicitud y puede que tenga que volver a presentar una solicitud.**

# Tenemos servicios de interpretación disponibles [a través](http://tfli.org/) del Tennessee Language Center en <https://tfli.org/>.

1. **Para determinar idoneidad para Asistencia de pago de Cuidado infantil es necesario entregar las siguientes verificaciones:**

Identificación válida: Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada progenitor/tutor legal que reside en el hogar:

* Licencia de conducir
* Identificación emitida por el estado
* Tarjeta de registro de electores (Tennessee)
* Tarjeta I-94
* Pasaporte

**Verificación de residencia actual**: Al menos uno (1) de los siguientes documentos tiene que estar a nombre del progenitor/tutor legal:

* Contrato de alquiler/arrendamiento
* Recibo de hipoteca
* Factura de servicios públicos
* Otros comprobantes de dirección (si vive con alguien, pídale a esa persona que escriba una carta fechada y firmada con su nombre, dirección y número de teléfono donde comunicarnos con esa persona.)

**Verificación de ciudadanía:** Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada hijo(a) que necesita cuidado infantil:

* Certificado de nacimiento
* Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (Formularios del DHS N-560 o N-561)
* INS (documentos de inmigración de las personas que no nacieron en los EE.UU.) y Certificado de Naturalización (Formularios del DHS N-550 o N-570)
* Registros del hospital, clínica, o médico que muestren lugar de nacimiento
* Un informe o Certificación de Nacimiento en el Extranjero de un ciudadano de los EE.UU.
* Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE.UU., documentos de adopción, o registro militar
* Pasaporte de los EE.UU.

**Verificación de relación no parental:** (Proporcione uno de los siguientes documentos: Órdenes judiciales, documentos de tutela, acuerdos de acogimiento familiar u otros documentos).

* Para verificar su relación no parental con el menor que necesita cuidado (por ejemplo, abuelo/abuela, tía/tío, padre/madre de acogida, tutor legal).

**Verificación de ingresos:** Proporcione uno (1) de los siguientes para cada padre/madre/tutor:

* Todos los cheques recibidos en los últimos sesenta (60) días
* Para un nuevo empleo (si ha trabajado menos de 60 días o regresó al trabajo después de una licencia prolongada), una declaración del empleador firmada y fechada con membrete de la compañía que incluya:  Nombre del empleado, fecha de inicio, fecha del primer pago, tasa de pago, horas de trabajo por semana y frecuencia de pago
* Para un nuevo empleo (si ha trabajado menos de 60 días o regresó al trabajo después de una licencia prolongada) [HS-3550 Formulario de Comprobante de Ingreso/Seguro.](https://www.teamtn.gov/content/dam/teamtn/human-services/forms4/hs-3550.pdf)

**Verificación de ingresos de empleo por cuenta propia:** Proporcione uno (1) de los siguientes para cada padre/madre/tutor:

* Si su negocio ha estado activo más de un año, presente el Formulario de Impuestos 1040 Anexo C además de la porción de certificación de horas de trabajo del Formulario de Informe de empleo por cuenta propia y el Formulario de Verificación HS-3177.
* Si su negocio ha estado activo menos de un año pero más de 60 días, envíe el Formulario de Informe de empleo por cuenta propia y el Formulario de Verificación HS-3177.
* Si su negocio ha estado activo menos de 60 días, presente la porción de certificación de horas e ingresos previstos del Formulario de Informe de empleo por cuenta propia y el Formulario de Verificación HS-3177.

**Verificación de manutención infantil:** (esto solo es aplicable si usted paga manutención infantil)

* Orden judicial
* Registros de pago

**Verificación de asistencia e inscripción en un programa educativo, incluidas escuelas en línea** (esto solo es aplicable si el solicitante asiste a la escuela)

* Proporcione el horario del semestre actual con su nombre/nombre de la escuela, clases/fechas actuales de asistencia, y créditos por cada clase. También puede proporcionar una declaración con membrete de la escuela que verifique si es estudiante a horario completo o parcial, la fecha de inicio y la fecha de finalización/graduación prevista. Esta declaración debe estar firmada/fechada por el representante de la escuela que la complete.
1. **No es obligatorio ingresar los números de seguro social para presentar una solicitud para asistencia de pago de cuidado infantil. Sin embargo, es posible que se pida esta información a la hora de determinar la idoneidad.**
2. **Menor con una Discapacidad según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil**

Un “Menor con una discapacidad” puede ser por ejemplo:

* 1. Un menor con una discapacidad, según lo define el artículo 602 de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Artículo 1401 del Título 20 del Código de EE.UU. [U.S.C., por sus siglas en inglés]);
	2. Un menor que es idóneo para servicios de intervención temprana conforme a la parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Artículo 1431 y subsiguientes del Título 20 del U.S.C.);
	3. Un menor que tiene menos de 13 años de edad y que es idóneo para servicios conforme a la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Artículo 794 del Título 29 del U.S.C.); y
	4. Un menor con una discapacidad, según lo define el Estado.
* Puede proporcionar verificación de la discapacidad a través de uno de los siguientes: Aprobación del menor para SSI: Discapacidad del Seguro Social; Declaración de documentación o evaluación de un profesional médico; Declaración de un profesional de la salud mental, asesor o terapeuta; un IEP: Plan de Educación Individual
1. **Sin Hogar: según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil** “menores y jóvenes sin hogar”:
2. Significa una persona que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada; y
3. Puede ser por ejemplo:
4. menores y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica, o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de caravanas, o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo y adecuado; viven en albergues de emergencia o transición; son abandonados en hospitales; o están en espera de colocación en acogida temporal;
5. menores y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado ni usado normalmente como alojamiento regular para dormir seres humanos;
6. menores y jóvenes que viven en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de calidad subestándar, estaciones de autobús o tren, o condiciones similares; y
7. menores inmigrantes (según se define en el artículo 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que pueden ser calificados como menor sin hogar a los efectos de este subtítulo debido a que los menores viven en condiciones descritas en las cláusulas de la (i) a la (iii).
* La verificación de condición de sin hogar puede ser uno de los siguientes: Declaración firmada y fechada del refugio o centro; declaración firmada y fechada de un amigo y/o familiar; recibos actuales del hotel y/o motel.

# Fuerzas Armadas: según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil

La Administración ha tomado varias medidas para aumentar servicios y apoyos para los miembros de las fuerzas armadas y sus familias. Proponemos añadir un nuevo elemento de datos al ACF-801 para determinar la condición de la familia con respecto al servicio en las fuerzas armadas. Este elemento identificará si el padre/la madre actualmente está en servicio activo (por ej. servicio a horario completo) en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o es miembro de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar. Estos datos permiten que los Estados y la Oficina de Cuidado Infantil (OCC, por sus siglas en inglés) determinen la medida en que las familias en las fuerzas armadas tienen acceso al programa del Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés).

* La verificación de calidad de servicio militar puede ser uno de los siguientes: Documento DD2-14 o Identificación Militar

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee****SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL/SMART STEPS** |

**La solicitud no se considera completada hasta que se entreguen todas las verificaciones necesarias enumeradas en la página anterior.**

**Marque aquí SOLO si necesita ayuda para proporcionar las verificaciones.** **[ ]**

**Idioma principal (marque uno)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  01 Inglés | [ ]  02 Español | [ ]  03 Nativo, centroamericano, suramericano, y mexicano | [ ]  04 Idiomas del Caribe |
| [ ]  05 Idiomas del Medio oriente y de Asia del sur | [ ]  06 Idiomas del Asia del este | [ ]  07 Idiomas de Nativos de América del Norte/Alaska | [ ]  08 Idiomas de las Islas del Pacífico |
| [ ]  09 Idiomas europeos y eslavos | [ ]  10 Idiomas africanos | [ ]  11 Otro        | [ ]  12 No especificado |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horas de cuidado que se necesitan:** | [ ]  Horas tradicionales de       [ ]  am [ ]  pm a       [ ]  am [ ]  pm |
|  | [ ]  Horas no tradicionales de       [ ]  am [ ]  pm a       [ ]  am [ ]  pm |

Nombre del solicitante: Apellido:      Primer nombre:       Inicial del segundo nombre:

**(Use letra de imprenta)**

|  |  |
| --- | --- |
| No de SS:      -     - | Estado civil: (Marque uno) |
|  |  | [ ]  Soltero(a) | [ ]  Casado(a) | [ ]  Separado(a) | [ ]  Viudo(a) |
|  |  | Sexo: | [ ]  Masculino | [ ]  Femenino |  |
|  |  | Raza: |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| FECHA DE NAC.: / / /  |  |  |  |

Servicio en las fuerzas armadas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activo: | [ ]  Sí [ ]  No | Fechas de servicio:      /     /       |
|  |  |  |
| Activo en la reserva: | [ ]  Sí [ ]  No | Ubicación/Servicio:        |

**Nombre del** **Cónyuge/Otro Progenitor/Pareja (si vive en el hogar)**:

Apellido:      Primer nombre:       Inicial del segundo nombre:

(**Use letra de imprenta)**

|  |  |
| --- | --- |
| No de SS:      -     - | Estado civil: (Marque uno) |
|  |  | [ ]  Soltero(a) | [ ]  Casado(a) | [ ]  Separado(a) | [ ]  Viudo(a) |
|  |  | Sexo:  | [ ]  Masculino | [ ]  Femenino |  |
|  |  | Raza: |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| FECHA DE NAC.: / / /  |  |  |  |

Servicio en las fuerzas armadas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activo: | [ ]  Sí [ ]  No | Fecha de servicio:      /     /       |
|  |  |  |
| Activo en la reserva: | [ ]  Sí [ ]  No | Ubicación/Servicio:        |

**Si es persona sin hogar \*(Definición en la página 3) Marque aquí** [ ]

Dirección:

|  |  |
| --- | --- |
| Calle y número:        | Apt#       |
| Ciudad:        | Estado:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección de correo electrónico:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El método de contacto preferido es el correo electrónico. | Teléfono de casa:      -     -      | Tel. celular:      -     -      |
| Nombre de contacto alterno:       Teléfono del contacto alterno:      -     -      |  |

# Menores que necesitan cuidado infantil:

¿Todos los menores que necesitan cuidado nacieron en Tennessee? Sí [ ]  No [ ]

**Nombre del menor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | No de SS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en páginas 2& 3)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | No de SS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en páginas 2& 3)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | No de SS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en páginas 2& 3)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | No de SS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en páginas 2& 3)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | No de SS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en páginas 2& 3)[ ]  Sí [ ]  No |

**Otros miembros de la familia incluidos los menores que NO necesitan cuidado infantil**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido | Nombre | Inic. seg. nombre | Relación | FECHA DE NAC. | No de SS |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |

**Empleo del solicitante:**

|  |
| --- |
| 1. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanal | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensual | [ ]  Mensual |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:       |
| Fecha de inicio\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de cese (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanal | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensual | [ ] Mensual |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:      Fecha de inicio\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de cese (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Empleo del** **Cónyuge/Otro Progenitor/Pareja (si vive en el hogar)**:

|  |
| --- |
| 1. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanal | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensual | [ ] Mensual |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:       |
| Fecha de inicio\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de cese (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanal | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensual | [ ] Mensual |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:       |
| Fecha de inicio\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de cese (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Educación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitante | ¿Asiste a la escuela actualmente? [ ]  Sí [ ]  No |
| (Marque uno) | En caso afirmativo, ¿a dónde asiste? \_\_\_\_       |
| [ ]  Nivel secundario | Horas de crédito:       |
| [ ]  Facultad/Universidad | Si no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido:     \_\_\_\_  |
| [ ]  Escuela Técnica |  |
| [ ]  Otro |  |
|  |  |
| **Cónyuge/Otro progenitor/Pareja****(si vive en el hogar)** | ¿Asiste a la escuela actualmente? [ ]  Sí [ ]  No |
| (Marque uno) | En caso afirmativo, ¿a dónde asiste?       \_\_\_\_  |
| [ ]  Nivel secundario | Horas de crédito:       |
| [ ]  Facultad/Universidad | Si no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido:      \_\_  |
| [ ]  Escuela Técnica |  |
| [ ]  Otra |  |

**¿Paga manutención infantil? Sí No**

**En caso afirmativo, ¿cuál es el importe mensual? \_\_\_\_\_\_**

\*Books from Birth **(**Libros desde el nacimiento) (Imagination Library (Biblioteca de la imaginación)): Entiendo que al presentar una solicitud para asistencia de pago de cuidado infantil autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee a inscribir a mi(s) hijo(s) idóneo(s) (desde el nacimiento hasta los 5 años) en el programa de Books from Birth. Además entiendo que al inscribirse, mi(s) hijo(s) recibirá(n) por correspondencia un libro apropiado para su edad gratuito cada mes hasta que mi hijo cumpla 5 años de edad. Doy mi consentimiento a que se comparta mi información con el personal y los asociados de la Fundación Books from Birth con el fin de inscribir a mi hijo(a) en el programa de Books from Birth.

**\*\*DECLARACIÓN DEL CLIENTE: Certifico que la información anterior es veraz y correcta. Entiendo que tengo derecho a apelar. Además entiendo que si intencionalmente retengo cualquier información o doy información falsa o tergiverso las circunstancias de alguna de las personas para las que se solicitan los servicios y por tanto recibo servicios a los que no tengo derecho, estaré sujeto a procesamiento penal por parte del Estado de Tennessee por dicho acto. Declaro que no tengo bienes que excedan $1,000,000.00. Declaro que no tengo bienes que excedan $1,000,000.00****.**

**Doy fe que las relaciones de todos los miembros de la familia, incluidos pero sin limitarse a los hermanos menores de los menores que necesitan cuidado infantil son verdaderas y correctas.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verídica. Firmar este documento es una indicación de que acepto que se obtengan dichos comprobantes. Esto les permitirá decidir si puedo obtener Asistencia de Pago de Cuidado Infantil. También afirmo que he leído y entendido la Declaración de Entendimiento.**

**AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE CONMIGO:**

**Estoy de acuerdo con que el TDHS se comunique conmigo mediante el servicio de correo de los EE. UU. , correo electrónico, y por teléfono en la dirección y los números indicados en mi solicitud, y que me dejen mensajes si no estoy disponible, según sea necesario para proporcionar información acerca de mi solicitud para beneficios/servicios o acerca de los beneficios/servicios que ya esté recibiendo.**

**Firma del cliente o representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación del representante con el cliente:**

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Derechos y responsabilidades

Revise las siguientes importantes normas, políticas y/o condiciones que se aplicarán a los clientes del Programa de Certificación de Cuidado Infantil/Asistencia de Pago de Cuidado Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS, por sus siglas en inglés).

1. Usted es responsable por todo aviso que se envíe a la dirección equivocada debido a que no informó un cambio de dirección al Programa de Certificación de Cuidado Infantil.
2. Todos los proveedores de cuidado infantil tienen políticas establecidas para las familias que inscriben a sus hijos en sus programas. Es su responsabilidad cumplir con esas políticas.
3. Un Especialista de cuidado infantil del TDHS le ayudará a entender sus opciones, elecciones y la información para seleccionar un proveedor de cuidado infantil, pero no influenciará en su decisión. Usted puede elegir cualquier proveedor de cuidado infantil autorizado por e inscrito en el Programa de Certificación de Cuidado Infantil del TDHS. Si elige un proveedor de cuidado infantil que no está inscrito en el Programa de Certificación de Cuidado Infantil del TDHS, el posible proveedor de cuidado infantil debe inscribirse en el Programa de Certificación de Cuidado Infantil del TDHS y tiene que cumplir todos los requisitos antes de que el proveedor de cuidado infantil pueda recibir pago por los servicios. Elegir hacer esto puede provocar que se retrase la recepción de cuidado infantil para su(s) hijo(s) y podría ser su responsabilidad pagar por las cuotas cobradas por el proveedor de cuidado infantil con anterioridad a la fecha de aprobación del TDHS.
4. Puede acceder a la información de proveedores de cuidado infantil en el sitio web de Servicios de Cuidado Infantil en:

[**https://www.tn.gov/humanservices/for-families/child-care-services.html**](https://www.tn.gov/humanservices/for-families/child-care-services.html)**,** que contiene información del localizador de cuidado infantil, el Sistema de Clasificación y Mejora de la Calidad (QRIS, por sus siglas en inglés), seguridad del sueño, elegir cuidado infantil de calidad, evaluaciones del desarrollo, Kidcentral TN y otros útiles recursos de educación para los consumidores.

1. Tiene derecho a una (1) transferencia de proveedor de cuidado infantil por año sin que sea cuestionada. Es importante mantener la continuidad del cuidado para el crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s). Es importante para su(s) hijo(s) estar en un entorno positivo, estable, seguro, saludable y enriquecedor desde el punto de vista del desarrollo. Por lo tanto, una vez que se haga una (1) transferencia, las demás solicitudes de transferencia serán analizadas caso por caso antes de ser denegadas o aprobadas.
2. El TDHS pagará a su proveedor de cuidado infantil cuotas razonables de inscripción por cada niño idóneo, incluida la cuota de inscripción inicial y la cuota anual posterior, si procede. Se le permite una transferencia durante el período de idoneidad, si es necesario, y solo se pagará la cuota de inscripción por ese traslado. Es su responsabilidad pagar toda otra cuota de inscripción resultante de una transferencia aunque haya motivo fundado. Debe pagar en su totalidad todo copago asignado a los padres antes de la transferencia a otro proveedor de cuidado infantil ya que de no pagarse las cuotas pendientes de pago puede traer como consecuencia que el proveedor de cuidado infantil inicie trámites de cobro de deudas.
3. Debe notificar a su proveedor de cuidado infantil cuando su hijo(a) se vaya a ausentar. Continúa siendo su responsabilidad pagar los copagos parentales y la diferencia del costo, si procede, durante la ausencia de su hijo(a).
4. Debe notificar al Programa de Certificación de Cuidado infantil antes de o a más tardar el día en que tiene planificado dejar de enviar a su hijo(a) al proveedor de cuidado infantil actual.
5. Se podría cancelar la inscripción de su hijo(a) con el proveedor de cuidado infantil elegido después de veinte (20) ausencias consecutivas. Si su hijo(a) tiene alguna enfermedad grave que requiere que la ausencia exceda veinte (20) días consecutivos, tiene que comunicarse con el Programa de Certificación de Cuidado infantil.
6. Puede usar otro proveedor de cuidado infantil para el cuidado de su(s) hijo(s) si su proveedor de cuidado infantil regular está cerrado; incluidos los días en que su proveedor de cuidado infantil esté cerrado por días feriados estatales. Tiene que comunicarse con el Programa de Certificación de Cuidado infantil al menos tres (3) días calendario antes de que necesite el cuidado infantil alternativo para hacer los arreglos necesarios.
7. Es su responsabilidad financiera pagar por la totalidad del costo del cuidado infantil cobrado por el proveedor de cuidado infantil para cualquier día por el que no tenga derecho a asistencia de cuidado infantil.
8. Si tiene alguna inquietud específica respecto a las prácticas de salud y seguridad de su proveedor de cuidado infantil, puede informar esas inquietudes a la Línea Directa de Cuidado Infantil llamando al: 1-800-462-8261.

**No discriminación**

Se prohíbe al TDHS discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, credos religiosos o ideas políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, credos religiosos, discapacidad, edad, ideas políticas o tomar represalias o represión por actividades previas de derechos civiles en alguno de los programas o actividades dirigidos o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición, o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. También se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés.

CPAFB Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete con el Programa del USDA.

(1) Por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

(2) por fax: (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con temas concernientes al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas se pueden comunicar con el número de la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español o llamar a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el enlace para ver la lista de números de línea directa de cada estado); que se encuentra en línea en: <http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm>.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés), dirija su correspondencia a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede escribir a: Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

**Información Confidencial**

Se mantendrá la confidencialidad de toda la información personal que hemos recopilado respecto a usted y a su familia, **excepto en casos en que las leyes exijan lo contrario.**Su Especialista de cuidado infantil solo tratará su caso con otras agencias autorizadas. No se dará ninguna información personal a ninguna otra agencia o persona sin su autorización por escrito, **excepto en casos en que las leyes exijan lo contrario.**

**Política de Apelación en una Audiencia Imparcial**

**Usted tiene derecho a apelar cualquier medida o decisión tomada por esta agencia. Una audiencia imparcial le permitirá explicar por qué piensa que la medida o decisión no cumplen con las políticas establecidas. El Funcionario de audiencia imparcial decidirá si la agencia se rigió por las normas correctamente o no. Las personas que deseen apelar deben completar y presentar el Formulario de Solicitud de Apelación Consolidada HS-3058 en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha de la notificación de negación o cancelación.**

**Si solicita una Audiencia imparcial en un plazo de diez (10) días calendario siguientes a la medida o decisión, puede elegir continuar recibiendo pagos de asistencia de cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si solicita una Audiencia imparcial después de los diez (10) días calendario contados a partir de la fecha de la medida o decisión, no se continuarán los pagos de asistencia de cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si elige continuar recibiendo pagos de asistencia de cuidado infantil durante el proceso de la Audiencia imparcial y luego se determina que usted no tenía derecho a recibir asistencia de pago, tendrá que reintegrar la cantidad total de asistencia de pago de cuidado infantil que no tenía derecho a recibir.**

**No será penalizado ni tratado injustamente por su Especialista de cuidado infantil ni ningún otro empleado del Programa de Certificación por solicitar una Audiencia imparcial. Puede traer a un amigo(a), pariente, o abogado a la Audiencia imparcial para que hable en su nombre.**