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

# Se ruega que revise la siguiente información antes de presentar una solicitud para cuidado infantil a través del Departamento de Servicios Humanos. El programa de Cuidado infantil a través del Estado de Tennessee es un programa basado en la idoneidad y necesidad familiar. El Especialista en Cuidado infantil indicado le informará acerca de los requisitos de idoneidad para el tipo específico de cuidado infantil para el que presente una solicitud. También puede hacer la solicitud y presentar las verificaciones en línea en: [Solicitud en línea para Asistencia de pago de Cuidado infantil (tn.gov)](https://cconlineapp.dhs.tn.gov/Home/Login) o presente esta solicitud completada a la oficina local del TDHS de su condado (<https://www.tn.gov/content/tn/humanservices/for-families/child-care-services/child-care-assistance-office-locator.html>). Tenemos servicios de interpretación disponibles [a través](http://tfli.org/) del Tennessee Language Center en <https://tfli.org/>.

**La solicitud no se considera completada hasta que se entreguen todas las verificaciones necesarias**.

1. **Para determinar idoneidad para Asistencia de pago de Cuidado infantil es necesario entregar la siguiente información:**

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

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

* + Pasaporte de los EE.UU.
	+ Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (Formularios del DHS N-560 o N-561)
	+ Certificado de nacimiento
	+ Registros del hospital, clínica, o médico
	+ 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. o documentos de adopción, o historial militar

Verificación de parentesco de lo siguiente: (Certificado de nacimiento, Certificado de matrimonio, Órdenes judiciales, etc.)

* + cónyuge/pareja/otro progenitor;
	+ hermano(a);
	+ otro menor que puede que reciba beneficios debido a custodia o nacimiento

Verificación de ingresos - Al menos uno de los siguientes documentos por cada progenitor/tutor legal

* + Talones de cheques de las últimas 8 semanas para cada padre/madre/tutor/cónyuge empleado.
	+ Declaración del empleador en papel con membrete de la empresa (si lleva menos de 8 semanas de empleo o si cambió de salario o de horas trabajadas hace menos de 8 semanas)
	+ Formulario federal 1040 (año más reciente, solamente para ser usado para fines de verificación de empleo por cuenta propia)
	+ Cartas de otorgamiento
	+ Formulario de Informe y verificación de empleo por cuenta propia HS-3177

Verificación de Manutención infantil (Orden judicial, Registros de pago)

Verificación de asistencia/matriculación en escuela/universidad del/de los progenitor(es), tutor(es) legal(es), progenitor(es) menor(es) de edad

* + Horario actual de clases por semestre/trimestre – se tiene que verificar/confirmar la matriculación y asistencia

 Cualquier otra(s) verificación(es) necesaria(s) solicitada(s) para determinar idoneidad.

# 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.

1. **Menor con una Discapacidad según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil**

“Menor con una discapacidad” puede ser por ejemplo:

* 1. Un menor con una discapacidad, según lo define la sección 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 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.
1. **Sin Hogar- según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil** “menores y jóvenes sin hogar”:
	1. Significa una persona que carece de una residencia nocturna fija, regular, y adecuada; y
	2. Puede ser por ejemplo:
		1. 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;
		2. 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;
		3. 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
		4. menores migratorios (según se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que pueden ser calificados como menor sin hogar para los fines de este subtítulo debido a que los menores viven en condiciones descritas en las cláusulas (i) a la (iii).

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

 La Administración ha tomado varias medidas para aumentar servicios y apoyo 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. sirve a tiempo completo) en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o es un 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).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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       [ ]  a.m. [ ]  p.m. a       [ ]  a.m. [ ]  p.m. |
|  | [ ]  Horas no tradicionales de       [ ]  a.m. [ ]  p.m. a       [ ]  a.m. [ ]  p.m. |

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

**(Use letra de molde)**

|  |  |
| --- | --- |
| NSS:      -     -      | 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 del servicio:      /     /       |
|  |  |  |
| Activo en la reserva: | [ ]  Sí [ ]  No | Ubicación/Servicio:        |

Cónyuge/Otro progenitor/Nombre de la pareja: Apellido:      Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inicial del segundo nombre:

(Si reside en el hogar) (**Use letra de molde)**

|  |  |
| --- | --- |
| NSS:      -     -      | Estado civil: (Marque uno) |
|  |  | [ ]  Soltero(a) | [ ]  Casado(a) | [ ]  Separado(a) | [ ]  Viudo(a) |
|  |  | Sexo:  | [ ]  Masculino | [ ]  Femenino |  |
|  |  | Raza: |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| FECHA DE NAC.:      /     /      |  |  |  |

 **Si es persona sin hogar \*(Definición en la página 1) 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. Marque aquí SOLO si desea no optar por comunicación por correo electrónico [ ]  | Teléfono de la casa:      -     -     [ ]  [ ]  [ ]  | Celular:      -     -      |
| Persona alterna a contactar:       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       | NSS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | NSS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | NSS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | NSS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1)[ ]  Sí [ ]  No |
| Apellido       | Nombre       | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación |
|      /     /      | [ ]  M [ ]  F |        |
| Raza       | NSS (opcional)     /     /      | ¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1)[ ]  Sí [ ]  No |

**Otros miembros de la familia incluidos los menores que NO necesitan Cuidado Infantil**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Relación | FECHA DE NAC. | NSS |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |
|       |       |       |       |      /     /      |      -     -      |

**Empleo:**

|  |
| --- |
| 1. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanalmente | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensualmente | [ ]  Mensualmente |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:       |
|  |
| 2. |
| Nombre del empleador:        |
| Dirección:        | Número del trabajo      -     -      |
| Frecuencia de pago: (Marque uno) | [ ]  Semanalmente | [ ] Cada dos semanas | [ ] Bimensualmente | [ ] Mensualmente |
| Salario por hora: $      Horas a la semana:       |
|  |

**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 | ¿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 |  |

**Otros ingresos:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo | Importe mensual | Quién lo recibe | Importe mensual | Quién lo recibe |
| Manutención infantil | $      |       | $      |       |
| Pensión alimenticia | $      |       | $      |       |
| Seguridad social/ingresos complementarios del seguro social [SSI, en inglés] | $      |       | $      |       |
| Pensión de veterano | $      |       | $      |       |
| Subsidios por desempleo | $      |       | $      |       |
| Empleo por cuenta propia-No granja | $      |       | $      |       |
| Empleo por cuenta propia-granja | $      |       | $      |       |
| Fuerzas armadas | $      |       | $      |       |
| Otro (especifique) | $      |       | $      |       |

**\*Brooks 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(a) cumpla 5 años. 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. También entiendo que es mi obligación informar y proporcionar verificación de cualquier cambio de dirección del núcleo familiar en un plazo de diez (10) días calendarios y notificar al DHS inmediatamente si se retira al menor del cuidado de la agencia o se transfiere a otra agencia. He leído las secciones a continuación de Derechos y responsabilidades y sobre mi derecho a apelar la decisión respecto a los servicios. . 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, seré sujeto a procesamiento penal por parte del Estado de Tennessee por dicho acto.**

Declaro que no tengo bienes que excedan $1,000,000.00

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**  **Además entiendo y estoy de acuerdo en cooperar si un representante del Departamento de Servicios Humanos solicita verificación de los ingresos y el tamaño de la familia**

**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 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: Fecha:**

**Relación del representante con el cliente:**

Derechos y responsabilidades

Revise las siguientes importantes reglas, políticas y/o condiciones que se aplicarán a los clientes de Asistencia de Pago de Cuidado Infantil del Programa de Certificación 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:

**http/tn.gov/human services/topic/child-care-services,** 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 y otros recursos útiles de educación a 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 a su Especialista de cuidado infantil antes de o a más tardar el día en que tiene planificado no 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, primero debe comunicarse con su Especialista 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 su Especialista 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 de 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.

**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 cumple 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 Solicitud de Apelación Consolidada HS-3058 en un plazo de diez (10) días calendario siguientes a 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 acción 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 acción 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.**