SOLICITUD DE SUBSIDIO Y SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL
Información que debe conocer

Cualquier persona puede solicitar servicios de cuidado infantil. Usted debe hacer su solicitud en la ciudad o condado donde vive. No necesita haber vivido en la ciudad o condado durante un tiempo específico. Los niños para quienes se solicitan los servicios de cuidado infantil deben ser ciudadanos estadounidenses o tener estatus de extranjero legal. Se debe presentar un comprobante de ciudadanía o estado de extranjero legal de los niños.

Para averiguar si usted es elegible para recibir servicios de cuidado infantil, debe completar y entregar la solicitud adjunta.

El departamento local de servicios sociales (departamento local) tomará una decisión sobre su solicitud en un plazo de 30 días. El departamento local debe enviarle un *Aviso de Acción* por escrito si usted no es elegible para los servicios, o si existe una demora en el trámite de su solicitud. Tal vez se incluya su nombre en una lista de espera si no se dispone de fondos para atenderlo de forma inmediata. El departamento local le enviará una notificación por escrito para explicarle el motivo por el cual se incluyó su nombre en la lista de espera, y un gestor de casos de cuidado infantil le explicará este proceso. Usted puede solicitar que se elimine su nombre de dicha lista en cualquier momento.

Derechos de los solicitantes

Esta institución tiene prohibido discriminar en función de la raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, religión o convicciones políticas. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (p. ej. Braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Además, es posible que la información del programa se ponga a disposición en otros idiomas distintos al inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación, referente a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Health and Human Services, HHS), escriba 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).***

Puede encontrar más información sobre este proceso en *www.dss.virginia.gov/about/civil_rights/*.

Tiene derecho a consultar la información incluida en el expediente de su caso de cuidado infantil. El departamento local no podrá divulgar información sobre usted sin su consentimiento por escrito, salvo para los propósitos relacionados directamente con la administración de los programas de servicios sociales, o por una orden judicial.

Tiene derecho a visitar a su hijo en cualquier momento en que este se encuentre bajo el cuidado del proveedor. También tiene derecho a formular reclamos o discutir asuntos de preocupación sobre el cuidado que brinda su proveedor, llamando al 1-800-543-7545 o en línea a través de www.childcareva.com.

Si no está de acuerdo con la decisión del departamento local sobre su caso, tiene derecho a solicitar una apelación a través de una audiencia. Puede apelar ante el departamento local o escribir directamente a:

Director, Division of Appeals and Fair Hearings
Virginia Department of Social Services
801 East Main Street
Richmond, Virginia 23219-2901

CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS ARCHIVOS

Instrucciones para completar la solicitud

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puede pedir ayuda a un amigo, familiar o gestor de casos de cuidado infantil. Si usted va a completar esta solicitud para alguien más, responda cada pregunta como si usted fuese esa persona. Si necesita cambiar una respuesta o hacer una corrección, escriba cerca la información correcta y coloque sus iniciales y la fecha junto a la modificación. Si en su hogar viven más personas, y usted necesita más espacio para enumerarlas, informe al departamento local que necesita más páginas. Si tiene alguna discapacidad o dificultades con el inglés, es posible que reciba ayuda para garantizar que reciba los servicios para los que es elegible.

1. No escriba en las áreas sombreadas. Estas áreas están destinadas para el uso exclusivo de la agencia.
   - Complete la **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE.**
   - Complete la **SECCIÓN 2: MIEMBROS DEL HOGAR.**
     Incluya a todas las personas que viven en el hogar.
   - Complete la **SECCIÓN 3: NIÑOS QUE NECESITAN SERVICIOS.**
     Incluya a todos los niños para quienes usted solicita asistencia de cuidado infantil. Puede dejar en blanco las preguntas sobre ciudadanía e inmigración correspondientes a cualquier persona para quien **NO** solicite asistencia.
   - Complete la **SECCIÓN 4: TRABAJO/ESCUELA/CAPACITACIÓN.**
     Incluya a todos los adultos que viven en el hogar.
   - Complete la **SECCIÓN 5: INGRESOS y RECURSOS.**
     Incluya a todas las personas que viven en el hogar.

2. Lea la **SECCIÓN 6: RESPONSABILIDADES, DECLARACIÓN DE CAMBIOS Y SANCIONES.**

3. Lea y complete la **SECCIÓN 7: CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN.**

4. Lea y complete la **SECCIÓN 8**: Asegúrese de **firmar y colocar la fecha** en la solicitud.

Información completa y precisa

Debe proporcionar información completa y precisa para ayudar a establecer la elegibilidad inicial y continua para los servicios de cuidado infantil. El departamento local de servicios sociales puede exigir la presentación de recibos de pago o la autorización para comunicarse con agencias o personas, a fin de obtener constancias de ingresos. Si de manera deliberada suministra información errónea, podría ser procesado por perjurio, latrocinio o fraude de asistencia pública y, por lo tanto, ya no sería elegible para la asistencia de cuidado infantil. También deberá reintegrar todo el dinero que se haya emitido a su nombre para el cual no tenía derecho. Un fraude por más de $500 es un delito grave. El *Código de Virginia* (título 63.2 sección 522) juzga a toda persona que recibe ayuda o beneficios, a través de una declaración falsa intencional o que deliberadamente omite la notificación de cambios en circunstancias que pudiesen afectar la elegibilidad para la ayuda como culpable de latrocinio. Una vez que a la persona se le declara culpable, el *Código de Virginia* autoriza las penas de conformidad con la ley estatal.

Presentación de la solicitud

Devuelva esta solicitud llena a su departamento local de servicios sociales. Tiene derecho a enviar su solicitud, incluso si no es aparentemente elegible para recibir servicios de cuidado infantil. Puede encontrar las localizaciones de los departamentos locales de servicios sociales e información adicional sobre subsidios y servicios en la página web: www.dss.virginia.gov.

CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS ARCHIVOS

Mancomunidad de Virginia
Departamento de Servicios Sociales

SOLO PARA USO DE LOS DEPARTAMENTOS LOCALES DE SERVICIOS SOCIALES (LOCAL DEPARTMENTS OF SOCIAL SERVICES, LDSS)			
Fecha de recibo de la solicitud:		Fecha de la entrevista:	
		☐ En la oficina ☐ Teléfono	
LDSS:		Estándares Federales de Procesamiento de la Información (Federal Information Processing Standards, FIPS)	
Nro. del caso:		Programa Categoría:	

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL Y FORMULARIO DE UNA NUEVA DETERMINACIÓN

1. Información del solicitante - información personal.

Nombre: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre de soltero u otro
Número de Seguro Social (*opcional*):	Fecha de nacimiento:	Género:	Relación con los niños:
Dirección física:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo (*en caso de que sea diferente a la dirección física*)	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Es mayor de 18 años? o ¿es un menor emancipado legalmente? ○ SÍ ○ NO

¿La familia no ha tenido casa por uno más días durante el mes de la presente solicitud? ☐ SÍ ☐ NO
¿Actualmente la familia está viviendo en algún tipo de refugio? ○ SÍ ○ NO

NOTA: "Sin hogar" se define como aquellas personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada.

Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono celular:	Número de teléfono de casa:	Número de teléfono de trabajo:
	Proveedor de servicios:		

¿Cómo le gustaría que lo contactáramos? ☐ Teléfono ☐ Servicio de correo de EE. UU. ☐ Correo electrónico

Si desea recibir, ya sea un mensaje de texto o correo electrónico en el que se le notifique que puede acceder electrónicamente a cierta correspondencia sobre sus beneficios a través de CommonHelp, marque una de las opciones más abajo. Registre un número telefónico o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia, este se utilizará para todos los programas del caso para los que haya hecho una solicitud. ***Si decide que no se le notifique, a través de un mensaje de texto o correo electrónico, recibirá correspondencia escrita a través del servicio de correo de los EE. UU.***

Si desea recibir correspondencia o notificaciones electrónicas, seleccione su método preferido. ○ Correo electrónico ○ Mensaje de texto
**** En caso de seleccionarlo, debe escribir su correo electrónico o número de teléfono celular en el espacio designado para ello más arriba.***

Estructura familiar (elija una)	**Su estado civil (Elija uno)**	**Su nivel educativo: (Elija uno)**
○ Familia con un solo padre ○ Familia con dos padres ○ Familia con un solo tutor ○ Familia con dos tutores	○ Soltero ○ Casado ○ Separado ○ Divorciado ○ Viudo	○ No graduado de la escuela secundaria ○ Graduado de la escuela secundaria ○ Certificación del examen de Desarrollo de Educación General (General Educational Development Test, GED) ○ Posgrado (instituto universitario)

Su raza	**Su etnia**	**Idioma** ¿Cuál es el principal idioma que se habla en casa?		
☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	Hispano/latino ☐ SÍ ☐ NO	☐ Inglés ☐ Español ☐ Camboyano ☐ Vietnamita ☐ Farsi ☐ Criollo haitiano	☐ Laosiano ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Somalí ☐ Kurdo ☐ Árabe	☐ Francés ☐ Alemán ☐ Japonés ☐ Otro _____

2. Quién vive en su hogar. *Coloque su nombre en la primera fila.*

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	*Raza	Hispano/latino Sí o No	¿Qué relación tiene con esta persona?
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	
						☐SÍ ☐NO	

**** Raza: caucásico, afroamericano, asiático, indígena estadounidense/nativo de Alaska, nativo de Hawái o isleño del Pacífico.***

¿Alguna vez usted o algún miembro de su hogar han sido descalificados para recibir ayuda de cuidado infantil? ☐SÍ ☐NO
En caso afirmativo, explique:

¿Usted o algún miembro de su hogar han recibido en los últimos doce meses algún beneficio de los que se listan más abajo, ya sea de este departamento local o de otra localidad?
☐SÍ ☐NO

Seleccione los beneficios recibidos:
☐Ayuda energética ☐Cuidado infantil ☐Asistencia médica ☐Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
☐Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)

Comentarios adicionales:

3. Niños que necesitan los servicios de cuidado infantil. *Agregue páginas adicionales de ser necesario.*				
Nombre del niño *Agregue páginas adicionales de ser necesario*	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
Nro. de Seguro Social (opcional)				
Fecha de nacimiento				
Edad				
Sexo	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenino ☐Masculino
Raza	☐Caucásico ☐Afroamericano ☐Asiático ☐Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	☐Caucásico ☐Afroamericano ☐Asiático ☐Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	☐Caucásico ☐Afroamericano ☐Asiático ☐Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	☐Caucásico ☐Afroamericano ☐Asiático ☐Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
Etnia	Hispano/latino ☐SÍ ☐NO	Hispano/latino ☐SÍ ☐NO	Hispano/latino ☐SÍ ☐NO	Hispano/latino ☐SÍ ☐NO
¿Es ciudadano estadounidense?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
En caso de no ser ciudadano estadounidense, ¿es un extranjero legal?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿El niño padece alguna discapacidad o tiene alguna necesidad especial?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿Las vacunas del niño están al día?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿El niño se encuentra actualmente inscrito en el programa Head Start?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
Actualmente, ¿el niño asiste a la escuela?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿El cuidado infantil se necesita durante todo el año?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿El cuidado infantil se necesita únicamente durante el año escolar?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO
¿El cuidado infantil se necesita únicamente durante los recesos escolares y las vacaciones de verano?	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO	☐SÍ ☐NO

Nota: el número de seguro social de su hijo es opcional, y puede utilizarse para verificar la información del caso y ayudar al departamento local en la tramitación de su solicitud. No suministrar el número de seguro social, no afectará la elegibilidad de su hijo para los servicios de cuidado infantil.
Marcar la opción NO en la sección de vacunas actualizadas no descalifica de manera automática a su hijo.
<u>Debe</u> seleccionar una raza y etnia para cada niño.

4. Información sobre su trabajo, escuela o capacitación. *Agregue páginas adicionales de ser necesario.*

Padre A. Información sobre trabajo/escuela/capacitación		Padre B. (cónyuge, compañero o el otro padre del niño, en caso de vivir en el mismo hogar) trabajo/escuela/capacitación	
Nombre del padre o tutor:		Nombre del padre o tutor:	
Estado del empleo/escuela/capacitación: (marque todas las que apliquen) ☐ Empleado ☐ Empleado/asiste a la escuela/en capacitación ☐ Asiste a la escuela/en capacitación ☐ Discapacitado		Estado del empleo/escuela/capacitación: (marque todas las que apliquen) ☐ Empleado ☐ Empleado/asiste a la escuela/en capacitación ☐ Asiste a la escuela/en capacitación ☐ Discapacitado	
Empleador:	Escuela o programa de capacitación al que asiste:	Empleador:	Escuela o programa de capacitación al que asiste:
Dirección del empleador: (incluye ciudad, estado y código postal)	Dirección de la escuela o programa de capacitación:	Dirección del empleador: (incluye ciudad, estado y código postal)	Dirección de la escuela o programa de capacitación:
Número telefónico del empleador:	Número telefónico de la escuela o programa de capacitación:	Número telefónico del empleador:	Número telefónico de la escuela o programa de capacitación:
Fecha de inicio del empleo:	Fecha de inicio de la escuela o programa de capacitación:	Fecha de inicio del empleo:	Fecha de inicio de la escuela o programa de capacitación:
¿Cuántas horas trabaja cada semana?	¿Cuántas horas asiste a la escuela o programa de capacitación cada semana?	¿Cuántas horas trabaja cada semana?	¿Cuántas horas asiste a la escuela o programa de capacitación cada semana?

Horario de trabajo (por ejemplo, de 8 a 5):

Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Horario de trabajo (por ejemplo, de 8 a 5):

Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Horario escolar (por ejemplo, de 8 a 5):

Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

Horario escolar (por ejemplo, de 8 a 5):

Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.

¿Dicho padre sirve actualmente en el ejército?

☐ No
☐ Sí, en servicio militar activo de los EE. UU.
☐ Sí, Guardia Nacional/Reserva Militar

¿Dicho padre sirve actualmente en el ejército?

☐ No
☐ Sí, en servicio militar activo de los EE. UU.
☐ Sí, Guardia Nacional/Reserva Militar

5. Información sobre su ingreso familiar y recursos.

¿La familia posee bienes o recursos que superen el monto de $1,000,000? ☐ **Sí** ☐ **No**

Puede incluir, entre otros: dinero en efectivo, balance cuentas corrientes y de ahorros, acciones y bonos, fideicomisos, planes de pensión o cuentas de jubilación.

Ingrese el monto de todos los ingresos que percibió usted u otro miembro del hogar.
(Debe marcar Sí o No en cada recurso, que se muestra más adelante, y que perciba actualmente o en los últimos 12 meses)

Recursos	Marque Sí o No por cada uno	*Frecuencia de pago	Monto bruto por pago	Recursos	Marque Sí o No por cada uno	*Frecuencia de pago	Monto bruto por pago
Empleo (usted)	☐SÍ ☐NO			Pensión alimenticia	☐SÍ ☐NO		
Empleo (otro miembro del hogar)	☐SÍ ☐NO			Manutención infantil	☐SÍ ☐NO		
Trabajador independiente	☐SÍ ☐NO			Ingresos laborales	☐SÍ ☐NO		
Bonos para vivienda o ayuda monetarias	☐SÍ ☐NO			Desempleo	☐SÍ ☐NO		
TANF	☐SÍ ☐NO			Ingresos por discapacidad	☐SÍ ☐NO		
Seguro Social	☐SÍ ☐NO			Compensación para trabajadores:	☐SÍ ☐NO		
Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) u otros beneficios monetarios federales	☐SÍ ☐NO			Ingresos agrícolas	☐SÍ ☐NO		
Pensiones	☐SÍ ☐NO			Ingresos por alquileres	☐SÍ ☐NO		
Otro (especifique):	☐SÍ ☐NO			Otro (especifique):	☐SÍ ☐NO		

**** Frecuencia de pago: semanal, quincenal (cada dos semanas), cada medio mes (dos veces al mes) o mensualmente.***

Deducciones o pagos	Marque Sí o No por cada uno	Frecuencia	Monto bruto
¿Alguna persona ajena al hogar paga la manutención infantil?	☐SÍ ☐NO		
¿Alguna persona recibe un subsidio básico de vivienda si usted es personal militar?	☐SÍ ☐NO		
¿Alguna persona recibe un subsidio de mantenimiento de vestimenta para militares?	☐SÍ ☐NO		
¿Se ha embargado su pago?	☐SÍ ☐NO		

6. Responsabilidades, Declaración de Cambios y Sanciones

Lea esta sección cuidadosamente antes de firmar esta solicitud.

Reembolso

Además de cualquier pena prevista en el Código de Virginia, toda persona que provoque que el Departamento de Servicios Sociales realice un pago indebido a un proveedor al reservarse información sobre alguno de los cambios mencionados más abajo, deberá reembolsar el monto correspondiente al pago indebido. El reembolso se realizará en un pago único o en función de un plan escrito de reembolso entre la persona responsable y el departamento local de servicios sociales.

Informar cambios

Debe informar todos los cambios requeridos al departamento local de servicios sociales dentro de ***10 días*** después de que ocurran. Que están obligados a informar los siguientes cambios:

1. Cantidad de su ingreso familiar mensual bruto (antes de impuestos) excede el límite de elegibilidad para el tamaño de su familia. *Vea el aviso de acción proporcionada por el departamento local de servicios sociales para la cantidad.*
2. Un cambio en los miembros del hogar.
3. Un cambio de dirección.
4. Un cambio de proveedor.

Cambios que voluntariamente puede informar una vez que haya determinado elegibles incluyen:

1. Un cambio en su actividad de formación (incluyendo clase horario y plan de estudios).
2. Un cambio en el número de horas niños necesitan cuidado de niños.
3. Un cambio en el empleo (incluyendo horario, empleador o ingresos).
4. Cualquier otra reducción en el ingreso de los hogares.

Vacunas

Todos los niños que reciban asistencia de cuidado infantil deben tener la vacuna correspondiente a su edad, según el "Programa de Vacunación Infantil Recomendado de Estados Unidos" que se encuentra vigente. Es posible que deba proporcionar al trabajador del caso de su hijo los documentos de vacunación, una declaración del médico que indique que las vacunas exigidas podrían ser perjudiciales para la salud del niño o una declaración de exención por motivos religiosos (en el formulario CRE-1, "Certificado de Exención Religiosa").

Copago y cuotas

Es posible que le cobren una cuota (copago) de cuidado infantil, según la información que haya suministrado. Si el proveedor de cuidado infantil que usted escogió cobra un monto superior a la tasa de reembolso estatal, además de su copago, usted será responsable de pagar esos costos adicionales directamente dicho proveedor.

Registro de asistencia

Usted debe registrar la asistencia de su hijo usando el sistema de Tarjeta Electrónica de Cuidado Infantil de Virginia (Virginia Electronic Child Care, VaECC) o el sistema de Respuesta de Voz Interactiva (Interactive Voice Response, IVR) vía telefónica. **Si no usa su tarjeta electrónica ni el IVR, tal vez deba pagar la asistencia no registrada, y es posible que se descontinúe la asistencia de cuidado infantil de su hijo. Tiene prohibido compartir su tarjeta electrónica del VaECC con cualquier otra persona, incluido su proveedor. Si lo hace, se cerrará su caso.** Debe notificar al departamento de servicios sociales de su localidad si su tarjeta de VaECC se le extravía o se la roban. Debe notificar a su proveedor de cuidado infantil cuando su hijo no pueda asistir.

Sanciones por incumplimiento

Si usted suministra información falsa, oculta información o infringe alguna de estas normas, podría quedar inhabilitado para participar en el Programa de Subsidio para Cuidado Infantil durante tres meses (1° infracción), 12 meses (2° infracción) o permanentemente (3° infracción).

7. Consentimiento para intercambiar información

El Departamento de Servicios Sociales de Virginia (Virginia Department of Social Services, VDSS) usa parte de la información personal, que usted suministró, en su solicitud sobre usted y sus dependientes para crear un perfil de usuario. El VDSS solicita permiso para compartir de manera electrónica la información incluida en su perfil de usuario con otras agencias estatales, concretamente, el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios de Asistencia Médica, el Departamento de Salud Conductual y Servicios del Desarrollo, el Departamento de Educación, la Comisión de Empleo de Virginia y el Departamento de Vehículos Automotores.

El VDSS podrá divulgar a otras agencias información específica sobre usted, sin su consentimiento, incluida la información en las bases de datos electrónicas, para fines de determinar su elegibilidad para los beneficios o servicios suministrados por dicha agencia.

Sin embargo, la divulgación de información conforme a esta declaración requiere su consentimiento. Los propósitos de esta divulgación de su información son (a) permitir al VDSS y a las agencias antes mencionadas trabajar de manera más eficiente para brindar y coordinar sus servicios y beneficios, y (b) realizar estudios sobre los programas de beneficios públicos, tales como el programa de Subsidio de Cuidado Infantil, SNAP, TANF o la Asistencia Médica.

Si decide no compartir su perfil de usuario
Si no autoriza la divulgación de su información para los propósitos antes mencionados, su información se mantendrá solo en el VDSS y no se compartirá con ninguna otra agencia. Si opta por no compartir su perfil de usuario esto no afectará su elegibilidad para recibir asistencia.

Número de Seguro Social
Es su decisión incluir su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) o el de cualquiera de sus dependientes en su perfil de usuario. Se mantendrá la confidencialidad de su SSN y no se compartirá sin su consentimiento expreso e informado.

No seguir compartiendo su perfil de usuario
Puede revocar esta autorización en cualquier momento al notificar al departamento de servicios sociales de su localidad.

Cuánto tiempo dura el consentimiento para compartir información
Su permiso para compartir su perfil de usuario permanecerá activo durante un (1) año, desde la fecha de su aprobación, a menos que usted cambie su decisión antes. Su aceptación para cualquier menor de edad que cumpla 18 años cesará en la fecha del cumpleaños 18 del niño.

Se le pedirá compartir su información cada vez que haga un cambio a la información que se usa en su perfil de usuario.

Otorgar consentimiento
Seleccione una de las siguientes opciones:

○ Autorizo que el VDSS comparta información de mi perfil de usuario con las agencias estatales antes mencionadas, pero no autorizo la inclusión del Número de Seguro Social en dicho perfil.

○ Autorizo que el VDSS comparta información de mi perfil de usuario con las agencias estatales antes mencionadas, y también que se incluya el Número de Seguro Social en dicho perfil.

○ NO autorizo que el VDSS comparta mi perfil de usuario ni cualquier otra información incluida en dicho perfil con otras agencias estatales.

8. Al suscribir esta solicitud, acepto que:

- He leído la información que se encuentra al comienzo de esta solicitud, así como la sección Responsabilidades, Declaración de Cambios y Sanciones de la presente solicitud.
- Entiendo que, si me rehúso a cooperar con cualquier revisión de mi elegibilidad, es posible que se nieguen mis servicios de cuidado infantil hasta que coopere.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria al departamento local de servicios sociales para determinar y revisar mi elegibilidad para los servicios de cuidado infantil. Autorizo la divulgación de información laboral, educativa, médica o de cuidado infantil obtenida de cualquier fuente al departamento estatal o local, que tal vez revise esta solicitud de asistencia para cuidado infantil. Esta autorización tiene vigencia durante un año, desde la fecha en que suscriba este documento. Entiendo que este plazo no aplica mientras mi caso de servicios de cuidado infantil esté abierto o bajo investigación sobre algún posible fraude.
- Entiendo que será necesario suministrar información específica a mi proveedor de cuidado infantil y autorizar la divulgación de la misma.
- Entiendo que la recepción de la asistencia de cuidado infantil del programa de la cuota se limita a 72 meses.
- Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS) cuenta con poco financiamiento para la adquisición de los Servicios de Subsidio de Cuidado Infantil. El financiamiento para los Servicios de Subsidio de Cuidado Infantil se modifica anualmente. También entiendo que la disponibilidad del financiamiento para los servicios de cuidado infantil no puede garantizarse. Entiendo que, si este financiamiento finaliza o se agota, recibiré una notificación previa de esta acción, con al menos 10 días de anticipación, y que pueden incluir mi nombre en la lista de espera del departamento local si lo solicito.
- Entiendo que, para calificar para estos fondos, debo tener una necesidad actual para recibir los servicios de cuidado infantil, debo estar trabajando o participando en un programa educativo o de capacitación, y el total del ingreso bruto mensual de mi hogar no debe superar el límite máximo de ingreso mensual en el hogar, que establece el VDSS.
- Debo suministrar información completa y precisa, necesaria para determinar la elegibilidad inicial y continua para los servicios de cuidado infantil. El departamento local podrá solicitar documentos tales como talonarios de pago o permiso para contactar a las agencias o personas para obtener pruebas de mis ingresos. Si suministro deliberadamente información incorrecta, puedo ser enjuiciado por perjurio, latrocinio o fraude de beneficios sociales, y es posible que pierda la elegibilidad para la asistencia de cuidado infantil. Debo pagar cualquier dinero que se haya emitido a mi nombre para el cual no tenía derecho.
- Me han explicado mis derechos y responsabilidades, y he recibido una copia por escrito de estos.

Certifico que toda la información que suministré es fiel y exacta. Entiendo que los funcionarios estatales o locales pueden verificar la información y que cualquier falsificación intencional me expone a un enjuiciamiento, de conformidad con los estatutos penales estatales y federales vigentes. Acepto, con mi firma, pagar cualquier copago o cuota obligatoria de cuidado infantil directamente a mi proveedor seleccionado de cuidado infantil. También certifico que he leído los Derechos y Responsabilidades del Solicitante y que entiendo y estoy de acuerdo plenamente con los Requisitos y Responsabilidades de Declaración.

Escriba su nombre en letra de imprenta:	
Firma o marca del solicitante:	Fecha:
Representante o testigo (si firmó con una marca):	Fecha:
Firma del Trabajador de Cuidado Infantil:	Fecha:

Complete esta sección si alguien más completa esta solicitud en nombre del solicitante:

Nombre de la persona que completa la solicitud:	Fecha:
Número telefónico:	Relación con el solicitante:

Información del proveedor:

Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil (si seleccionó uno): _____

Dirección del proveedor:_____Número telefónico del proveedor: _____

Nombre del tarjetahabiente secundario de la ECC (si aplica): _____

NOTA: el Departamento de Servicios Sociales NO pagará ningún cuidado infantil proporcionado antes de que su proveedor de cuidados infantiles recibiese la autorización por escrito de parte del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil.

Tarjeta de ECC:

Si ha recibido servicios de Cuidado Infantil anteriormente, ¿usted o cualquier otro tarjetahabiente necesita una nueva Tarjeta de Cuidado Infantil de ECC para registrar la asistencia de su hijo? ☐SÍ ☐NO ☐NO APLICA

LISTA DE VERIFICACIÓN:

☐ ¿Completó **todas** las secciones de esta solicitud?

☐ ¿**Firmó** y **fechó** esta solicitud?

Para tramitar su solicitud, el departamento local de servicios sociales deberá verificar dónde vive su familia, así como información sobre los horarios de trabajo o escuela de su familia.

☐ ¿Adjuntó una copia de un contrato de arrendamiento vigente; factura de cable o satélite; factura de electricidad, teléfono, gas, agua o aseo; o una carta del agente inmobiliario para verificar su lugar de residencia?

☐ ¿Adjuntó documentos de la vacunación de su hijo, tales como un formulario del Departamento de Salud de Virginia o una declaración del médico?

☐ ¿Adjuntó copias de los talonarios de pago correspondientes a los últimos **30 días**, o una carta de su empleador con el membrete de la empresa que indique su sueldo bruto y las horas trabajadas durante los últimos 30 días? También se debe suministrar esta información sobre su cónyuge o el otro padre o madre de su hijo, si viven en el hogar.

☐ ¿Adjuntó la verificación o los documentos de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días?

☐ Si usted asiste a una escuela o programa de capacitación, ¿adjuntó una copia del horario correspondiente al período durante el cual solicita los servicios? También se debe suministrar esta información sobre su cónyuge o el otro padre o madre de su hijo, si viven en el hogar.

☐ Si usted es trabajador independiente, ¿adjuntó sus formularios más recientes de declaraciones de impuestos sobre la renta o documentos de ingresos de trabajador independiente?

Si no está seguro de cuál documento enviar o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al departamento de servicios sociales de su localidad.

Devuelva esta solicitud llena a su departamento local de servicios sociales. Puede encontrar las direcciones de las oficinas y más información sobre cuidado infantil en nuestro sitio web: www.dss.virginia.gov o www.childcareva.com.