|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Child Care Subsidy Contact Center ● PO Box 11346 ● Tacoma, WA 98411-9903​  Número de teléfono sin costo: 844-626-8687 ● **Fax:** 877-309-9747 | | |
| Fecha: | | PADRE/MADRE/TUTOR    NÚMERO DE CASO |
| \_\_\_\_\_  PLIEGUE  Estimado solicitante:  **Procesaremos su solicitud de un subsidio para cuidado de niños y determinaremos la elegibilidad una vez que usted haya proporcionado la siguiente información. La información incompleta puede demorar la aprobación de los servicios y pagos. Escriba con claridad a máquina o en letra de molde.**   * Solicitud de CCSP (debe llenar una solicitud de cuidado de niños incluso si participa en una actividad de WorkFirst o es derivado de Bienestar Infantil. * Comprobantes de los ingresos de su hogar de los últimos tres meses (por ejemplo, recibos de nómina, manutención de niños, Ingreso del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y cualquier otro ingreso recibido por algún integrante de familia). Incluya su horario de trabajo. No es necesario que compruebe sus ingresos por asistencia en efectivo del estado (TANF). * Si empezó a trabajar recientemente y no tiene recibos de nómina, aceptaremos una constancia de su empleador que incluya la fecha de contratación, el monto que gana (por hora, salario, etc.) y su horario de trabajo. Si su empleador no puede verificar esa información, podemos aceptar su declaración verbal o escrita. Cuando proporcione una declaración verbal o escrita para comprobar su empleo, debe entregar una copia de sus recibos de nómina en un plazo de 60 días de su aprobación. * Comprobantes de todos los pagos de manutención para niños por órdenes judiciales o administrativas que haya hecho en los últimos tres meses.   Puede averiguar si el desarrollo de su bebé o niño está dentro de lo esperado o si necesita un poco de práctica adicional para estar preparado para la escuela. Para hacerlo, puede llenar un cuestionario gratuito sobre el desarrollo del niño llamando a la línea de ayuda de salud familiar al 1-800-322-2588 o visitando el sitio de internet Parent Help 123 en <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> para conocer más.  14417Los niños tienen el derecho humano básico de estar seguros. El maltrato y el descuido amenazan la seguridad de los niños poniéndolos en riesgo de lesiones físicas y emocionales, e incluso de muerte. Si sospecha que un niño es víctima de maltrato o descuido, llame sin costo a la línea del DCYF 1-866-END-HARM (1-866-363-4276). | | |
|  | CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  **Solicitud de CCSP**  **CCSP Application** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | NÚMERO DE ID DEL CLIENTE | | | | | | | | FECHA | | |
| DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (física) | | | | | | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | | | |
| CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (opcional) | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (postal, si es diferente) | | | | | | | | | | | | NSS (OPCIONAL) | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | | |
| CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | | | ORIGEN ÉTNICO / RAZA DEL SOLICITANTE | | | | | | GÉNERO DEL SOLICITANTE  Masculino  Femenino | | | | |
| ¿Su familia se encuentra sin hogar?  Sí  No *(Algunos ejemplos son: vivir en un motel, albergue, vivienda de transición, automóvil, espacio público o junto con otras familias debido a la pérdida de su vivienda o a dificultades económicas).*  ¿Es usted un padre, una madre o un tutor legal que recibió servicios de bienestar infantil en el estado de Washington en los últimos seis (6) meses y ha sido derivado a cuidado de niños como parte del plan de su caso?  Sí  No (***Si contestó que sí, llame al 1-844-626-8687 para averiguar si es elegible para procesar su solicitud de manera acelerada).*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Menores por los que usted es responsable que viven en el hogar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si no tiene suficiente espacio, use una hoja de papel separada para proporcionar información adicional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) | | | FECHA DE NACIMIENTO | | MASCULINO/FEMENINO | | ORIGEN ÉTNICO (OPCIONAL) | | | | | | NSS (OPCIONAL) | | | CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL DE EE. UU. | | | | | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | |  | | | Sí  No | | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | |  | | | Sí  No | | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | |  | | | Sí  No | | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | |  | | | Sí  No | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Determinación de si se trata de un hogar con uno o dos padres - Obligatoria** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Su estado civil es:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Casado y viviendo separados  Viudo  Sociedad doméstica registrada  ¿Vive con un cónyuge o con el padre, la madre o el tutor de cualquiera de sus hijos?  Sí  No *Si no, conteste el* [*formulario de declaración de padre/madre soltero(a), DCYF 27-164*](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/forms?field_form_number_value=27-164&title=)*, y entréguelo con su solicitud.* *Si contestó que sí, llene la siguiente información.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL OTRO PADRE/MADRE | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | NSS (OPCIONAL) | | | | | | | | | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | | | | PARENTESCO CON LOS MENORES ANTES MENCIONADOS | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **Si no tiene suficiente espacio, use una hoja de papel separada para proporcionar información adicional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitante** | | | | | | | | | **Cónyuge o segundo padre/madre/tutor** | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA    DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)    NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO    SI TIENE EMPLEO ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN **Y** CUÁL ES SU SUELDO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO (ANTES DE IMPUESTOS, INCLUYA PROPINAS)?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Mensual $  ¿**Este empleo** es un trabajo agrícola que incluye el cultivo, la producción, la cosecha o el procesamiento de árboles frutales o cultivos?  Sí  No | | | | | | | | | NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA    DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)    NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO    SI TIENE EMPLEO ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN **Y** CUÁL ES SU SUELDO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO (ANTES DE IMPUESTOS, INCLUYA PROPINAS)?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Mensual $  ¿**Este empleo** es un trabajo agrícola que incluye el cultivo, la producción, la cosecha o el procesamiento de árboles frutales o cultivos?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| **Otras fuentes de ingresos mensuales, devengados o no, de todos los miembros de la familia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***(Algunos ejemplos son: empleo por cuenta propia, asistencia pública como TANF, manutención para niños, Seguro Social o beneficios de la VA).*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de ingresos**  Incluya copias (correspondientes a los últimos tres meses) | | | | | | | NOMBRE  **USTED MISMO** | | | | | | | NOMBRE | | | NOMBRE | | | | | NOMBRE |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
| ¿Paga manutención para niños ordenada por un tribunal?  Sí  No Monto mensual: $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **Barcode label** | | | | | | | | 14417 | | | | |
| **Recursos disponibles** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta con activos disponibles por un valor de $1,000,000.00 o más?  Sí  No  Algunos ejemplos de activos disponibles son: efectivo, cuentas bancarias, acciones y bonos, cuentas de inversiones, inversiones en bienes raíces. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Horario de actividades del padre, la madre o el tutor** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITANTE | | | | | | | | CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE/MADRE/TUTOR | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M. / P.M. | | | | | | | | ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M. / P.M. | | | | | | | | | | | | | | |
| Lunes | ¿CUÁL ES EL HORARIO DE SU EMPLEO,  ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST? | | | | | | | ¿CUÁL ES EL HORARIO DE SU EMPLEO,  ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST? | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Martes |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Miércoles |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Jueves |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Viernes |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Sábado |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domingo |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene un proveedor de cuidado de niños?  Sí  No Nombre del proveedor de cuidado de niños:  Número de teléfono/Dirección:  Número de identificación del Sistema de Pagos del Seguro Social (SSPS):  **Si desea utilizar a un proveedor que sea un familiar, amigo o vecino, comuníquese con el Subsidio para Cuidado de Niños**  ¿Cuál es la fecha de inicio del cuidado de niños?:  **Solicitante:** Si lo sabe, ¿cuánto tiempo tarda en trasladarse desde su proveedor de cuidado de niños hasta su actividad (trabajo, escuela, etc.)?    **Otro padre/madre/tutor:** Si lo sabe, ¿cuánto tiempo tarda en trasladarse desde su proveedor de cuidado de niños hasta su actividad (trabajo, escuela, etc.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Horario de actividades de los niños** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Si tiene más niños, adjunte una hoja adicional con su información.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE LOS NIÑOS | | HORARIO ESCOLAR  (DÍAS Y HORAS EXACTOS) | | | | | | | | | HORARIO DE GUARDERÍA  (DÍAS Y HORAS EXACTOS) | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Sus hijos en edad escolar necesitarán guardería durante las vacaciones escolares y de verano?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene usted un niño con necesidades especiales?  Sí  No  **Si contestó que sí, llame al Subsidio para Cuidado de Niños para pedir información acerca de las tarifas de pago para necesidades especiales al 844-626-8687** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Derechos de audiencia WAC 110-15-0280**  Si no está de acuerdo con las decisiones del DCYF, puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Debe solicitar su audiencia:   * El día de entrada en vigor de la medida o antes, o dentro de un plazo de 10 días contados a partir del envío del aviso de esta medida, SI usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o * Dentro de un plazo de 90 días contados a partir del momento en que recibe esta carta.   En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales. | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Declaro bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta declaración es verdadera, correcta y completa en la medida de mi conocimiento, y comprendo que falsificar voluntariamente esta información me expone a las penas dispuestas por las leyes estatales de Washington.**  **Entiendo que hacer una declaración falsa deliberadamente, y no reportar información que sé que debe reportarse son delitos. Entiendo que si reporto información que sé que es incorrecta podría estar sujeto a un proceso penal, verme obligado a devolver los beneficios para los que no era elegible, y posiblemente pierda la elegibilidad para recibir beneficios de cuidado de niños durante cinco años.**  **(RCW 74.08.055)** | | | |
|  |  |  |  |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | FECHA | FIRMA DEL SEGUNDO PADRE/MADRE/TUTOR | FECHA |

|  |
| --- |
| **Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades. Nadie será excluido debido a su raza, color, religión, credo, país de origen, género, edad o estado civil, ni por ser un veterano discapacitado o veterano de la era de Vietnam, ni por alguna discapacidad.** |
| **CCSP APPLICATION**  **DCYF 14-417 SP (REV. 08/2022) Spanish** |