



**STATE OF WASHINGTON**  
**DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES**

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.

Los 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).



14417



**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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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](#), 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	NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA
DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)	DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO
FECHA DE INICIO	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)? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual \$	SI TIENE EMPLEO ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN Y CUÁL ES SU SUELDO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO (ANTES DE IMPUESTOS, INCLUYA PROPINAS)? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual \$
¿Este empleo es un trabajo agrícola que incluye el cultivo, la producción, la cosecha o el procesamiento de árboles frutales o cultivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este empleo es un trabajo agrícola que incluye el cultivo, la producción, la cosecha o el procesamiento de árboles frutales o cultivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.
	¿CUÁL ES EL HORARIO DE SU EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST?	¿CUÁL ES EL HORARIO DE SU EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD DE WORKFIRST?
Lunes		
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.**