

[2D BARCODE]	<b>Maryland State Department of Education/Office of Child Care</b> <b>Programa de Subsidio para Cuidado de Niños</b> <b>APLICACIÓN / RECONSIDERACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS</b>	<b>Devuelva la solicitud a:</b> CCS Central PO Box 17015 Baltimore, MD 21297
--------------	---	---

\*\* Las instrucciones para cada sección de esta solicitud están en la página 6. \*\*

Sección 1 Información General	
Tipo de aplicación: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Reconsideración	Tipo de proveedor utilizado para el cuidado: <input type="checkbox"/> Informal <input type="checkbox"/> Formal
<b><i>Si necesita ayuda con esta solicitud, llame al CCS Central a 1-866- 243-8796</i></b>	

Sección 2 Información del Solicitante					
Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):				Número de Seguro Social (SSN) (opcional):	
Fecha de Nacimiento: MM/DD/YYYY (Mes/ Día/ Año)		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Raza: <i>Vea opciones abajo</i>			¿Es usted Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer Idioma:	
Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): <i>Vea opciones abajo</i>			¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Opciones de Raza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indio Americano o Nativo de Alaska</li> <li>• Asiático</li> <li>• Negro o Afroamericano</li> <li>• Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</li> <li>• Blanco</li> </ul>		<b>Opciones de estatus migratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente Permanente</li> <li>• Asilado</li> <li>• Extranjero autorizado la entrada condicional</li> <li>• Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más)</li> <li>• Su deportación fue suspendida o Refugiado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extranjero o menor víctima de violencia domestica</li> <li>• Inmigrante indocumentado</li> <li>• Hijo/a de una persona que se halle admitido legalmente como extranjero</li> </ul>	
Dirección del Hogar: Condado	Calle	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal, si es diferente:		Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono del Hogar:		Otro número a donde podamos llamarle:		Correo Electrónico:	
¿Paga manutención de menores para niños que no viven en su hogar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Es usted un padre soltero?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Es usted un padre y un menor de edad (menor de 18 años de edad)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Recibe SNAP (cupones de alimentos)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Recibe un subsidio de vivienda)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Sección 3 Información Sobre su Necesidad	
1. ¿Recibe Asistencia Financiera Temporal (en inglés, TCA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca En caso afirmativo, Fecha de inicio: MM/DD/YYYY
2. ¿La asistencia de TCA es solo para los niños bajo su cuidado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuántas personas viven en su hogar?	Numero:
4. ¿Qué es su ingreso bruto de empleo?	Cantidad en dólares:
5. ¿Cuál es su oficio?	<input type="checkbox"/> En búsqueda de Empleo/Trabajo <input type="checkbox"/> Servicio Comunitario <input type="checkbox"/> Escuela Pública (Elemental, Intermedia, o Secundaria) <input type="checkbox"/> Universidad o Colegio (Estudiante de Grado)
6. ¿Quiere Asistencia para el Cuidado de Niños para niños que no son sus hijos biológicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Cuántos niños emparentados están en su custodia?	Numero:
8. ¿Usted o alguien en su hogar recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Es responsable de algún niño con una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Está usted actualmente sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4 Información del Niño						
1º Niño	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	SSN (opcional):	
	Raza: <i>Vea opciones abajo</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): <i>Vea opciones abajo</i>		
	<b>Opciones de Raza:</b>	• Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o Afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco	<b>Opciones de estatus migratorio:</b>	• Residente Permanente • Asilado • Extranjero autorizado la entrada condicional • Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más) • Su deportación fue suspendida o Refugiado	• Extranjero o menor víctima de violencia doméstica • Inmigrante indocumentado • Hijo/a de una persona que se halle admitido legalmente como extranjero	
	1. ¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Qué es su relación con este niño?					
	3. ¿Este niño tiene una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	4. ¿Este niño recibe ventajas de Seguro Social?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	5. ¿Ha solicitado manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, por favor vea las instrucciones en la página 6.	
	6. ¿Recibe manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7. ¿Cuál es el nombre del padre ausente de este niño?						
8. ¿Esta este niño en Head Start?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si afirmativo, cual es la fecha de inicio? MM/DD/YYYY (Mes/Día/Año)		
2º Niño	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	SSN (opcional):	
	Raza: <i>Vea opciones arriba</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): <i>Vea opciones arriba</i>		
	1. ¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Qué es su relación con este niño?					
	3. ¿Este niño tiene una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	4. ¿Este niño recibe ventajas de Seguro Social?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	5. ¿Ha solicitado manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, por favor vea las instrucciones en la página 6.	
	6. ¿Recibe manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	7. ¿Cuál es el nombre del padre ausente de este niño?					
8. ¿Esta este niño en Head Start?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si afirmativo, cual es la fecha de inicio? MM/DD/YYYY (Mes/Día/Año)		
3º Niño	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	SSN (opcional):	
	Raza: <i>Vea opciones arriba</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): <i>Vea opciones arriba</i>		
	1. ¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Qué es su relación con este niño?					
	3. ¿Este niño tiene una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	4. ¿Este niño recibe ventajas de Seguro Social?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	5. ¿Ha solicitado manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, por favor vea las instrucciones en la página 6.	
	6. ¿Recibe manutención para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	7. ¿Cuál es el nombre del padre ausente de este niño?					
8. ¿Esta este niño en Head Start?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si afirmativo, cual es la fecha de inicio? MM/DD/YYYY (Mes/Día/Año)		

Sección 5 Otros Miembros del Hogar					
1º Miembro de la Familia	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	SSN (opcional):
	Raza: <i>Vea opciones abajo</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): Vea opciones abajo	
	<b>Opciones de Raza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indio Americano o Nativo de Alaska</li> <li>• Asiático</li> <li>• Negro o Afroamericano</li> <li>• Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico</li> <li>• Blanco</li> </ul>		<b>Opciones de estatus migratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente Permanente</li> <li>• Asilado</li> <li>• Extranjero autorizado la entrada condicional</li> <li>• Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más)</li> <li>• Su deportación fue suspendida o Refugiado</li> <li>• Extranjero o menor víctima de violencia domestica</li> <li>• Inmigrante indocumentado</li> <li>• Hijo/a de una persona que se halle admitido legalmente como extranjero</li> </ul>		
	¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer Idioma:	Relación al solicitante: <i>Vea opciones abajo</i>		
	<b>Opciones para relación al solicitante:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijo adoptivo</li> <li>• Hijo biológico</li> <li>• Hermano</li> <li>• Hijastro</li> <li>• Primo</li> <li>• Niño adoptivo del cuidado</li> <li>• Nieto o bisnieto</li> <li>• Sobrino/sobrino</li> <li>• Tutela</li> <li>• Otro (parentesco)</li> <li>• Otro (ningún parentesco)</li> </ul>				
	1. ¿Tiene el miembro de la familia una actividad que lo hace inaccesible para cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	2. ¿Tiene el miembro de la casa ingresos ganados o ingresos no derivados del trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. ¿Hay alguna circunstancia que no permite al miembro de la familia cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2º Miembro de la Familia	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	SSN (opcional):
	Raza: <i>Vea opciones arriba</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): Vea opciones arriba	
	¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer Idioma:	Relación al solicitante: <i>Vea opciones arriba</i>		
	1. ¿Tiene el miembro de la familia una actividad que lo hace inaccesible para cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	2. ¿Tiene el miembro de la casa ingresos ganados o ingresos no derivados del trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	3. ¿Hay alguna circunstancia que no permite al miembro de la familia cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	3º Miembro de la Familia	Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY
Raza: <i>Vea opciones arriba</i>		¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): Vea opciones arriba	
¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Primer Idioma:	Relación al solicitante: <i>Vea opciones arriba</i>		
1. ¿Tiene el miembro de la familia una actividad que lo hace inaccesible para cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. ¿Tiene el miembro de la casa ingresos ganados o ingresos no derivados del trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Hay alguna circunstancia que no permite al miembro de la familia cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4º Miembro de la Familia		Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY
	Raza: <i>Vea opciones arriba</i>	¿Es Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): Vea opciones arriba	
	¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer Idioma:	Relación al solicitante: <i>Vea opciones arriba</i>		
	1. ¿Tiene el miembro de la familia una actividad que lo hace inaccesible para cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	2. ¿Tiene el miembro de la casa ingresos ganados o ingresos no derivados del trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	3. ¿Hay alguna circunstancia que no permite al miembro de la familia cuidar al niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Sección 6 Información de Actividades									
Actividad 1	Solicitante/Nombre del Miembro de la Unidad Familiar (de la Sección 2 o 5):				Tipo de Actividad: <i>Vea opciones abajo</i>				
	<b>Opciones para Tipos de Actividad:</b>								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En búsqueda de Empleo</li> <li>• Servicio Comunitario</li> <li>• Educación</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo</li> <li>• Cursos de formación</li> <li>• FIA Plan Personal de Responsabilidad</li> </ul>				
	Nombre de la organización:				Número de teléfono de la organización:				
	Dirección de la organización:		Calle		Ciudad		Estado		Código Postal
	Si no tiene un horario de actividades fijo, escriba <b>el total de horas por semanas:</b>				¿Cuánto tiempo pasa en viajes entre sus actividades cada semana?:				
Duración	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado		
	a	a	a	a	a	a	a	a	
Actividad 2	Solicitante/Nombre del Miembro de la Unidad Familiar (de la Sección 2 o 5):				Tipo de Actividad: <i>Vea opciones arriba</i>				
	Nombre de la organización:				Número de teléfono de la organización:				
	Dirección de la organización:		Calle		Ciudad		Estado		Código Postal
	Si no tiene un horario de actividades fijo, escriba <b>el total de horas por semanas:</b>				¿Cuánto tiempo pasa en viajes entre sus actividades cada semana?:				
	Duración	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
		a	a	a	a	a	a	a	a
Actividad 3	Solicitante/Nombre del Miembro de la Unidad Familiar (de la Sección 2 o 5):				Tipo de Actividad: <i>Vea opciones arriba</i>				
	Nombre de la organización:				Número de teléfono de la organización:				
	Dirección de la organización:		Calle		Ciudad		Estado		Código Postal
	Si no tiene un horario de actividades fijo, escriba <b>el total de horas por semanas:</b>				¿Cuánto tiempo pasa en viajes entre sus actividades cada semana?:				
	Duración	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
		a	a	a	a	a	a	a	a
<p><b>Para todas las actividades que son "Empleo," debe adjuntar una carta del empleador verificando las horas de trabajo y salario. Para todas las actividades que son "Educación" o "Formación," debe adjuntar una copia del horario de la escuela/entrenamiento actual para verificar días y horas de clases.</b></p>									

Sección 7 Horario del cuidado de niños								
Si usted no tiene un horario de cuidado infantil fijo, escriba <b>el total de horas por semana:</b>								
¿Cuáles son los días y las horas específicas que necesita cuidado de niños, con base en cada día de su actividad?								
Niño Uno	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
	a	a	a	a	a	a	a	a
Si usted no tiene un horario de cuidado infantil fijo, escriba <b>el total de horas por semana:</b>								
¿Cuáles son los días y las horas específicas que necesita cuidado de niños, con base en cada día de su actividad?								
Niño Dos	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
	a	a	a	a	a	a	a	a
Si usted no tiene un horario de cuidado infantil fijo, escriba <b>el total de horas por semana:</b>								
¿Cuáles son los días y las horas específicas que necesita cuidado de niños, con base en cada día de su actividad?								
Niño Tres	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
	a	a	a	a	a	a	a	a

Sección 8 Información de Ingresos	
Ingreso 1	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos: <span style="float: right;">Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones abajo</i></span>
	<b>Opciones para Tipos de Ingresos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%;">• <i>Pensión alimenticia</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI en inglés)</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Asistencia/Beneficio a los Veteranos</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Sueldo de las fuerzas armadas</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Ingreso bruto de autoempleo</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Sueldo/Salario</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Manutención del niño por orden judicial</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Asistencia Financiera Temporal (en inglés TCA)</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Compensación laboral</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Manutención del niño – Voluntario</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Propinas/Comisiones</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Otro</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Beneficios del Seguro Social</i></li> <li style="width: 25%;">• <i>Desempleo</i></li> </ul>
	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?: <span style="float: right;">Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):</span>
	¿Si el ingreso es manutención para el niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:
Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos: <span style="float: right;">Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i></span>	
Ingreso 2	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?: <span style="float: right;">Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):</span>
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:
	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos: <span style="float: right;">Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i></span>
Ingreso 3	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?: <span style="float: right;">Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):</span>
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:
	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos: <span style="float: right;">Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i></span>
Ingreso 4	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?: <span style="float: right;">Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):</span>
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:
	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos: <span style="float: right;">Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i></span>
<b>Adjunte prueba de todos los ingresos de las últimas 4 semanas para: el solicitante, cónyuge, otro padre en el hogar, los padres de padres menores de edad, adultos y cónyuge que tiene la custodia física del hijo menor de edad.</b>	

Su aplicación nos da información para verificar su elegibilidad para beneficios y servicios públicos. Estos beneficios se proporcionan con fondos públicos y usted debe dar información correcta. La cual se puede verificar con agencias públicas y privadas y las empresas. Usted debe reportar cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario dentro de los 10 días del cambio. Si usted da información falsa conscientemente o no reporta cambios intencionalmente puede ser objeto de descalificación y de las sanciones que se indican a continuación.

**Sección 8-504 del Artículo del Ley Criminal del Código Interpretado de Maryland afirma que:**

(a) Cualquier persona que obtiene de manera fraudulenta, intenta obtener o ayuda a otra persona obtener de manera fraudulenta dinero, bienes, estampillas de comida, asistencia médica, o de otro tipo de asistencia a la que no tiene derecho, bajo una necesidad social, de salud, o programa nutricional, financiado en su totalidad o en parte por el Estado de Maryland, y administrado por el Estado o sus subdivisiones políticas es culpable de un delito menor. Para efecto de esta sección, el fraude puede incluir:

- (1) haciendo deliberadamente una declaración falsa o representación ; o
- (2) intencionalmente no revelar un cambio de sus circunstancias materiales o su situación financiera
- (3) hacerse pasar por otra persona

(b) En caso de condena, después de la notificación y la oportunidad de ser escuchado en cuanto a la cantidad de pago y la forma en que el pago debe ser hecho, la persona deberá hacer la plena restitución del dinero, la propiedad, los cupones de alimentos, atención médica u otra asistencia ilegalmente recibida, o el valor de los mismos, y será multado no más de \$1,000 o encarcelado por no más de tres años, o ambos multado y encarcelado.

**Consentimiento para Difundir Información:**  
 Autorizo al Departamento de Educación del Estado de Maryland, Unidad de Subsidio para el Cuidado de Niños (MSDE/CCS), el Departamento de Estado de Maryland de los Recursos Humanos Oficina del Inspector General (DHR/OIG) o cualquier entidad autorizada por MDSE para contactar, revisar y obtener registros mantenidos por cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental con el propósito de establecer la prueba de mi elegibilidad para los beneficios de CCS. Esto incluye pero no se limita a: el empleo, información financiera (incluyendo registros bancarios), la escuela/educación, alquiler/vivienda y registros de impuesto declarados. Al firmar lo siguiente, certifico soy el que suscribe, y soy competente para dar el consentimiento de hacer disponible esta información. Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original.

Firma del padre o de la madre	Fecha
Firma del otro padre/ cónyuge en el hogar/Padre del menor de edad	Fecha

**Instrucciones para la Aplicación/Reconsideración  
Para el Cuidado de Niños**

**Sección 1 Información General**

Conteste todas las preguntas en esta sección para indicar el tipo de aplicación que desea hacer.

Una “Nueva” aplicación es para alguien que no recibe Subsidio para el Cuidado de Niños (Child Care Subsidy, CCS en inglés) actualmente, o alguien que se le negó y ha aplicado nuevamente con la información actual, o alguien a quien se le negó y está aplicando nuevamente con información actual. Una solicitud para “Reconsideración” se debe de completar al menos una vez cada 12 meses para los clientes que actualmente reciben ayuda de subsidios.

Tipo de proveedor utilizado para el cuidado es " informal " cuando el proveedor no tiene licencia ni está regulado bajo la ley de Maryland y está limitado a 1) el cuidado un pariente, 2) el cuidado en el hogar (babysitting en inglés), 3) servicio de niñera. Proveedores informales deben ser aprobados por el Sucursal CCS para recibir pagos del Programa CCS. Un proveedor "formal" es un centro de cuidado de niños o un hogar de cuidado infantil que tiene licencia o es regulado por la ley de Maryland. Proveedores formales que reciben pagos del Programa CCS deben participar en el programa de Maryland EXCELS.

**Sección 2 Información del Solicitante**

Conteste todas las preguntas en esta sección para la persona haciendo la solicitud de Subsidio para el Cuidado de Niños.

Si usted vive en **Baltimore City**, escriba “City” para el Condado de su domicilio.

**Por favor, tome nota de la fecha de nacimiento y número de teléfono que ha introducido en el formulario. Estos datos serán necesarios para obtener información de su caso por el sistema telefónico automatizado. Si se determina elegible para un subsidio para el cuidado de niños, una identificación o “Party ID” será asignado y enviado a usted para el futuro acceso al sistema telefónico automatizado.**

**Sección 3 Información sobre su Necesidad**

Conteste todas las preguntas en esta sección para demostrar porque necesita ayuda para el cuidado infantil.

**Sección 4 Información del Niño**

Responda las preguntas de esta sección para cada niño en el hogar, menores de 13 años, para los que se necesita el cuidado de niños. Si hay más de 3 niños en la casa, por favor haga copias adicionales de esta sección para presentar esta información.

Una “Buena Causa” para no solicitar la manutención de los hijos incluye casos en los que la aplicación puede resultar en daño físico o emocional grave para el niño o el cliente que vive con el niño, la adopción del niño está bajo examen o en proceso, o el niño fue concebido a través de una violación o incesto. Si usted no ha solicitado para manutención de niños y tienen una “Buena causa,” **contacte el CCS Central al 1-866-243-8796** para la solicitud correcta.

**Sección 5 Otros Miembros del Hogar**

Responda las preguntas de esta sección para cada miembro del hogar que no es mencionado como un niño es la Sección 4, “Información del Niño.” Si hay más de 4 miembros en la casa, por favor haga copias adicionales de esta sección para presentar su información.

**Sección 6 Información de Actividades**

Responda a las preguntas de esta sección para cada actividad que corresponde a de cada miembro del hogar mencionado en la Sección 5, cuando la respuesta a la pregunta es “sí.” El “tipo de actividad” será relaciona con el “Nombre de la organización” escrita en el cuadro de la actividad.

lunes	martes
8 a 5	10 a 3

Indique la hora de inicio y hora de finalizar.

Si hay más de 4 miembros del hogar, por favor haga copias adicionales de esta sección para dar su información.

**Para todas las actividades que son “Empleo,” debe adjuntar una carta del empleador verificando las horas de trabajo y salario. Para todas las actividades que son “Educación o “Formación,” debe adjuntar una copia del horario de la escuela/entrenamiento actual para verificar días y horas de clases.**

**Sección 7 Horario del cuidado**

Responda a las preguntas de esta sección para mostrar todos los días y las horas que se necesita cuidado de niños basado en sus actividad/es, indicados en la sección 6, “Información de Actividades.”

lunes	martes
8 a 5	10 a 3

Indique las horas de cuidado infantil que necesita como hora de inicio y hora de finalizar:

**Sección 8 Información de Ingresos**

Responda las preguntas de esta sección sobre cada tipo de ingreso para cada miembro de la familia mencionada en la Sección 5, “Otros Miembros del Hogar.” Si hay más de 4 miembros con diferentes fuentes de ingresos, por favor haga copias adicionales de esta sección para presentar su información.

“Ingresos Brutos” son la cantidad total que usted gano o que se le pago antes de retener los impuestos de su salario.

**Usted tendrá que adjuntar prueba de las últimas 4 semanas de todos los ingresos para: el solicitante, el cónyuge, otros padres del hogar, los padres de los padres que son menores de edad, adulto y cónyuge que tiene la custodia física del niño menor de edad.**