



CCS Central 2
PO Box 346031
Bethesda, MD 20827

Asunto: Solicitud de Beca de Cuidado Infantil -

Estimado solicitante:

Las becas de cuidado infantil (CCS, por sus siglas en inglés) se ofrecen a los niños cuyas familias califican de acuerdo con sus ingresos y necesidades, según la definición del Código de Regulaciones de Maryland (COMAR 13A.14.06).

En la solicitud, tome nota de la **fecha de nacimiento** y el **número de teléfono de contacto** que ingrese en la **Sección 2**. Usará esta información para acceder a los detalles de su caso en el menú telefónico automatizado de CCS Central 2.



EMPIECE A REUNIR LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA AHORA MISMO: Para usar el portal familiar y completar la solicitud en línea, **DEBE** cargar los documentos que se enumeran a continuación para todos los miembros del hogar. Estos son usted, su cónyuge o el otro padre o madre del menor que viva en el hogar y todos los niños dependientes que vivan en el hogar y tengan menos de 18 años o hasta 22 y asistan a la universidad. Para registrarse en el portal deberá tener una dirección de correo electrónico válida. Antes de comenzar el proceso, empiece a reunir los documentos requeridos que se describen a continuación:

- Prueba de identidad** de todos los miembros del hogar
 - Licencia de conducir, certificado de nacimiento o ID emitida por el gobierno para los adultos
 - Certificado de nacimiento de cada niño(a) del hogar
- Constancia de todos los ingresos de las últimas 4 semanas:** suyos, de su cónyuge, otro padre o madre que viva en el hogar con un hijo(a) en común, padres de un padre o madre menor de edad y adultos o cónyuge con quien comparte la custodia física del niño o niños menores de edad.
 - 4 (cuatro) semanas más recientes de **recibos de pago** (4 semanales o 2 quincenales) o formulario de verificación de empleo
 - Documentación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para cualquier miembro del hogar (padre, madre o niño(a)) que lo reciba, si corresponde
 - Comprobante de todos los demás ingresos (bonos, comisiones, manutención infantil, etc.)
- Comprobante de dirección del hogar** (presente la factura de servicios públicos más reciente, contrato de alquiler o licencia de conducir, si la dirección que figura en la licencia de conducir es la misma que en la Solicitud de Beca de Cuidado Infantil, etc.).
- Prueba del cronograma de actividad aprobada**
 - Debe presentar recibos de pago y verificación de los días y horas trabajados en papel membretado de la empresa si las horas no figuran en los recibos de pago.
 - Debe presentar horarios de clases y verificación de inscripción si participa en un programa educativo o de capacitación.
- Prueba de vacunación** exigida para niños que no están en edad escolar y asisten a cuidados infantiles informales
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio legal** para todos los niños contabilizados en el hogar. Los padres y madres no tienen que ser ciudadanos estadounidenses o tener estatus de inmigrantes legales.
- Proveedor informal, únicamente cuidado por parte de familiares** - comprobante de la relación del miembro de la familia con el niño(a). Únicamente se necesita para bisabuelos, abuelos, tíos o hermanos de 18 años en adelante que no estén en el conteo del hogar.

***NOTA:** No envíe su solicitud hasta que haya reunido toda la documentación necesaria que debe cargar para que se procese exitosamente. Una vez que presente todos los documentos necesarios, la aplicación se procesa sin más solicitudes de información adicional.

Atentamente, CCS
Central 2
1-877-227-0125

Reporte sus sospechas de fraude en el programa de Becas de Cuidado Infantil en Reportccsfraud.org

Leer estas instrucciones le ayudará a completar esta solicitud.

Debe responder todas las preguntas.

Sección 1: Información General

Tipo de solicitud:

- Una “**solicitud de beca de cuidado infantil**” es para aquellas personas que no reciben una Beca de Cuidado Infantil (CCS) hoy, para personas que vuelven a solicitar una nueva beca en los 45 días previos a la finalización de la actual, o para personas a quienes se les hubiera negado una por no haber presentado toda la información necesaria y los documentos faltantes dentro de los 90 días posteriores a la negación de la solicitud de CCS.

Tipo de proveedor utilizado para los cuidados:

- Un proveedor “**formal**” es un centro de guardería o un hogar familiar con guardería que cuenta con licencia o está regulado bajo las leyes de Maryland. Los proveedores formales que reciben pagos del Programa CCS deben participar en el programa EXCELS de Maryland.
- Un proveedor “**informal**” no cuenta con licencia bajo las leyes del estado de Maryland y está limitado a 1) cuidados por parte de un familiar, 2) cuidados en el hogar por parte de alguien ajeno a la familia. Si elige los cuidados de familiares, las relaciones que califican son los bisabuelos, abuelos, tíos o hermanos mayores de más de 18 años de edad que no vivan en el hogar donde reside el niño o niña. Debe presentarse un comprobante de la relación junto con la solicitud. Si elige algún tipo de proveedor informal, deberá incluir formularios adicionales con este paquete, que deberá completar antes de que se apruebe el proveedor informal. Las becas informales no se emiten hasta que se aprueba el proveedor informal. Llame a CCS Central 2 al 1-877-227-0125 para obtener los formularios adicionales.

Sección 2: Información del solicitante

Condado donde reside:

- **Si vive en la ciudad de Baltimore, ingrese “Ciudad”.**

Tome nota de la fecha de nacimiento y número de teléfono de contacto que ingrese en el formulario. Necesitará esta información para acceder a los detalles de su caso en el sistema telefónico automatizado. Si se determina que califica para una Beca de cuidado infantil, se le asignará una ID de persona firmante y se le enviará por correo para acceder al sistema telefónico automatizado en el futuro.

Si paga manutención infantil por un niño que no vive en su casa, suministre comprobantes del pago para que se pueda deducir de los ingresos brutos de su hogar.

Si es beneficiario del **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal en Efectivo (TCA), Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Subsidio para Evitar el Bienestar (WAG), Ingreso Básico Garantizado (GBI), Vale de Vivienda, Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI), se encuentra sin hogar, es padre o madre menor de edad o un trabajador(a) migrante**, su copago semanal asignado será de \$0.00 por semana.

Si ninguno de los programas o categorías enumerados aplica a su hogar, su copago semanal asignado será de \$3,00 por semana por cada beca de 3 unidades, \$2,00 por semana por cada beca de 2 unidades y \$1,00 por semana por cada beca de 1 unidad.

Deberá cargar el comprobante de inscripción o participación en los programas que anteceden, si corresponde, con su Solicitud para CCS. Deberá presentar un comprobante de inscripción o participación a su proveedor de cuidados infantiles para que su copago asignado por semana sea de \$0,00.

Si no presenta un comprobante, su copago asignado se basará en la unidad de cuidados autorizada en cada beca.

Si el reembolso semanal de la beca de cuidados infantiles y el copago semanal asignado no cubren la cuota semanal de los proveedores de cuidados infantiles por sus servicios, el padre o madre deberá pagar la diferencia que corresponda.

Nota: los copagos asignados los pagan directamente el padre o la madre al proveedor de cuidados infantiles cada semana. El padre o madre deberá pagar también cualquier saldo adeudado al proveedor de cuidados infantiles.

Sección 3 Información sobre necesidad de cuidados

Responda todas las preguntas de esta sección para mostrar por qué necesita asistencia con los cuidados infantiles.

Sección 4 Información sobre el niño o niña

- Responda las preguntas de esta sección por cada niño o niña de 13 años o menos en el hogar para quien se necesiten cuidados.
- Si hay más de 3 niños en el hogar, haga copias adicionales de esta sección para ingresar su información.
- **Debe adjuntar un certificado de nacimiento por cada niño(a) incluido(a) en el hogar.**
- Si recibe manutención infantil, debe cargar la verificación del monto que recibe.
- Si su hijo o hija asiste a Head Start o a un programa estatal pago de Pre-K, la beca pagará por los cuidados antes y/o después de Head Start o el programa estatal pago de Pre-K y por los cuidados de tiempo completo durante el verano. Use el total de horas para documentar la cantidad total de horas que su hijo o hija necesita antes o después del programa estatal o Head Start.

Sección 5 Otros miembros del hogar

Responda las preguntas de esta sección para cada miembro del hogar que no figure como niño o niña en la Sección 4, Información sobre el niño o niña. Si el hogar está compuesto por más de 4 miembros, haga copias adicionales de esta sección para introducir su información.

Sección 6. Información de actividad

Responda las preguntas de esta sección para cada actividad de cada miembro del hogar que figure en la Sección 5, Otros miembros del hogar, si la respuesta a la pregunta 1 es "Sí". El "tipo de actividad" seleccionado está relacionado con el "Nombre de la organización" ingresado en la casilla de actividad.

El tiempo de viaje total se calcula como el necesario para llegar desde su proveedor hasta su actividad, ida y vuelta. Todo tiempo superior a las 2 horas al día requerirá explicaciones adicionales. El tiempo de viaje no se otorgará a menos que se proporcionen las "Horas de actividad".

Ingrese las horas de actividad como hora de inicio y hora de fin:

Lunes	Martes
8 a 5	10 a 3

Si hay actividad de más de 4 miembros, haga copias adicionales de esta sección para introducir su información.

Prueba del cronograma de actividad aprobada

- Debe presentar recibos de pago y verificación de los días y horas trabajados en papel membretado de la empresa si las horas no figuran en los recibos de pago.
- Debe presentar horarios de clases y verificación de inscripción si participa en un programa educativo o de capacitación.

Los trabajadores migrantes deben presentar una declaración de empleo de su empleador o contratista.

Sección 7 Horarios de cuidados infantiles

Responda las preguntas de esta sección para mostrar todos los días y horas en que necesitará cuidados infantiles de acuerdo con sus actividades reportadas en la Sección 6, Información de actividad. Ingrese las horas de cuidados infantiles necesarias como hora de inicio y hora de fin:

Lunes	Martes
8 a 5	10 a 3

Si su hijo o hija asiste a Head Start o a un programa estatal pago de Pre-K, la beca pagará por los cuidados antes y/o después de Head Start o el programa estatal pago de Pre-K y por los cuidados de tiempo completo durante el verano. Use el total de horas para documentar la cantidad total de horas que su hijo o hija necesita antes y/o después del programa estatal de Pre-K o Head Start.

Sección 8 Información de ingresos

Responda las preguntas de esta sección para cada tipo de ingreso de cada miembro del hogar que figure en la Sección 5, Otros miembros del hogar. Si los miembros del hogar reciben más de 4 tipos de ingresos, haga copias adicionales de esta sección para introducir su información.

"Ingresos brutos" son el monto total que ganó o le pagaron antes de las retenciones de impuestos.

Tendrá que adjuntar una constancia de todos los ingresos de las últimas 4 semanas percibidos por el solicitante, su cónyuge, la otra madre o el otro padre que reside en el hogar, los padres de una madre o un padre menor de edad, los adultos y su cónyuge con custodia física del niño (4 recibos de pago semanales o 2 quincenales).

Las familias que no tengan una solicitud de Beca de Cuidado Infantil (CCS) activa deben tener ingresos brutos familiares equivalentes o inferiores a la Escala de elegibilidad inicial por ingresos de CCS para calificar para los beneficios de CCS por ingresos. Las familias que tengan becas activas o un cambio en el hogar deben tener ingresos brutos familiares equivalentes o inferiores a la Escala de elegibilidad para la continuidad para calificar para recibir beneficios de CCS. Las familias que dejen de cumplir los requisitos por ingresos deben reportar los cambios en el transcurso de 10 días hábiles para evitar verse obligadas a devolver los fondos. Vea la escala de ingresos por tamaño de familia en la última página de la Solicitud de CCS.

Tamaño de la Familia	Escala de ingresos iniciales de CCS	Escala de ingresos para la continuidad de CCS
	Ingresos anuales máximos (Esta escala se aplica a clientes <u>sin becas activas</u> de cuidado infantil)	Ingresos anuales máximos (Esta escala se aplica solo a clientes <u>con becas activas</u> de cuidado infantil)
2	\$ 61,222	\$73,899
3	\$ 75,627	\$91,287
4	\$ 90,033	\$108,675
5	\$ 104,438	\$126,063
6	\$ 118,843	\$143,451

Si sus ingresos anuales brutos iniciales están por encima de la escala de elegibilidad inicial o para la continuidad de CCS: su solicitud se negará o la beca de CCS finalizará en el momento en que esto se descubra. Si indica que **no sabe** si los ingresos anuales brutos de su hogar están por encima de los límites del programa CCS: el proveedor solicitará la información necesaria para calcular los ingresos brutos de su hogar antes de autorizar la provisión de servicios de CCS.

Envíe la solicitud en línea a: CCSCentral2@maryland.gov	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil, Programa de Becas de Cuidado Infantil SOLICITUD NUEVA Y REDEFINICIÓN	Enviar por correo a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
---	---	---

Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame a la Central 2 de CCS al 1-877-227-0125

Sección 1: Información General	
Tipo de solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Redefinición	
Tipo de proveedor utilizado para los cuidados: <input type="checkbox"/> Formal (con licencia, registrado, carta de cumplimiento o programa de cuidados infantiles para las Fuerzas Armadas)	
<input type="checkbox"/> Cuidados informales de familiar: <input type="checkbox"/> Cuidados informales de persona ajena a la familia en el hogar del niño	

Sección 2: Información del solicitante			
Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre):		Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) (opcional):	
Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) / Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)
Raza:	¿Es usted hispano(a)/latino(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal que se habla en el hogar:
Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones a continuación</i>		¿Tiene estatus de militar activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Opciones de raza:	Opciones por Estatus de persona extranjera:	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena americana o nativa de Alaska • Asiática • Negra o afroamericana • Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanca <ul style="list-style-type: none"> • Residente permanente • Asilado(a) • Extranjero(a) con residencia condicional Ingreso • Persona con permiso de permanencia temporal por razones humanitarias o de beneficio Público («Parolee») (1 año o más) • Hijo(a) de persona extranjera admitida legalmente • Extranjero(a) cuya deportación está temporalmente suspendida <ul style="list-style-type: none"> • Refugiado(a) • Cónyuge extranjero(a) maltratado(a) Niño(a) o padre o madre de niño(a) • Indocumentado(a) 	

Dirección del hogar: Calle	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	--------------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es distinta: Calle	Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	--------	---------------

Teléfono de contacto:	Teléfono de contacto alternativo:	Correo electrónico:
-----------------------	-----------------------------------	---------------------

¿Paga manutención infantil por niños fuera del hogar? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted padre/madre soltera(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted padre o madre menor de edad (de menos de 18)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe beneficios de SNAP (cupones de alimentos)? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe beneficios del Subsidio para Evitar el Bienestar Social (WAG)? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe Ingresos básicos garantizados del Condado de Montgomery (GBI)? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe cupones de vivienda? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual ¿Recibe WIC?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, adjunte comprobante actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Recibe SSI? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual Sí No

¿Es usted trabajador(a) migrante? Si respondió que sí, adjunte comprobante actual Sí No

Sección 3 Información sobre necesidad de cuidados			
1. ¿Recibe Ayuda Temporal en Efectivo (TCA)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nunca Si respondió que sí, Fecha de inicio:
2. ¿La ayuda temporal en efectivo es únicamente para los niños bajo su cuidado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. ¿Cuántas personas viven en su hogar?	Cantidad:		
4. ¿A cuánto ascienden sus ingresos brutos anuales?	Monto en dólares:		

5. ¿A qué se dedica?		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Actividad aprobada por el TCA <input type="checkbox"/> Educación (escuela pública) <input type="checkbox"/> Educación (universidad) <input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Sin actividad	
6. ¿Tiene activos por un millón de dólares?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Cuáles de los siguientes describen la situación de vivienda o alojamiento de su familia en la actualidad? Marque todas las que correspondan			
a) ¿Le falta un lugar donde quedarse por la noche que sea fijo, regular y adecuado?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Comparte la vivienda con otras personas debido a la pérdida de su vivienda, a dificultades económicas o a un motivo similar (a veces conocida como una vivienda compartida)?		<input type="checkbox"/>	
c) ¿Está viviendo en moteles, hoteles, parques de remolques o camping por falta de posibilidades alternativas adecuadas?		<input type="checkbox"/>	
d) ¿Está viviendo en refugios de emergencia o transitorios?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Cuida a un niño que fue abandonado en un hospital o que espera que le asignen acogida tutelar (foster care)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Su residencia primaria durante la noche es un lugar público o privado que no fue designado o no se usa comúnmente como lugar para que pernocten seres humanos?		<input type="checkbox"/>	
g) ¿Está viviendo en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas por debajo del estándar, estaciones de tren o autobús o entornos similares?		<input type="checkbox"/>	
h) ¿Son usted y sus hijos migrantes?		<input type="checkbox"/>	
i) Ninguna de las que antecede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es usted responsable por algún niño con una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Desea obtener asistencia para el cuidado infantil de un niño que no es suyo por nacimiento o matrimonio y vive en su hogar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿De cuántos niños cuida que no sean suyos por nacimiento o matrimonio? Ver la pregunta anterior		Cantidad:	
11. ¿Usted o alguien de su hogar recibe Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Sección 4 Información sobre el niño o niña

N I Ñ O / A 1	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):	
	Raza:	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones a continuación</i>		
	Opciones de Raza:	<ul style="list-style-type: none"> Indígena americana o Nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanca 	Opciones de Estatus migratorio de la persona extranjera:	<ul style="list-style-type: none"> Residente permanente Asilado(a) Extranjero(a) al que se le ha concedido entrada condicional Persona con permiso de permanencia temporal por razones humanitarias o de beneficio Público («Parolee») (1 año o más) Extranjero(a) cuya deportación está temporalmente suspendida 	<ul style="list-style-type: none"> Refugiado(a) Cónyuge extranjero(a) maltratado(a), hijo(a) maltratado(a) o progenitor(a) de hijo(a) maltratado(a) Indocumentado(a) Hijo(a) de extranjero(a) legalmente admitido(a) 	
	1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	2. Cuál es la relación del (de la) menor con usted?					
	3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	4. ¿El (La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	5. ¿Recibe alguna manutención infantil por este(a) menor?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
	6. Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?					
	7. Está este(a) menor en Head Start?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?	
8. Si usa cuidados informales de un familiar, ¿cuál es la relación del proveedor con el niño o niña?						
9. ¿El niño o niña asiste a un programa de Pre-K financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?						
N I	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):	
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>		
	1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

N O / A 2	2. Cuál es la relación del (de la) menor con usted?				
	3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	4. ¿El (La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	5. ¿Recibe alguna manutención infantil por este(a) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	6. Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?				
	7. ¿Está este(a) menor en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?				
	8. Si usa cuidados informales de un familiar, ¿cuál es la relación del proveedor con el niño o niña? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	9. ¿El niño o niña asiste a un programa de Pre-K financiado por el estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?				
N I Ñ O / A 3	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	2. Cuál es la relación del (de la) menor con usted?				
	3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	4. ¿El (La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	5. ¿Recibe alguna manutención infantil por este(a) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	6. Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?				
	7. ¿Está este(a) menor en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?				
	8. Si usa cuidados informales de un familiar, ¿cuál es la relación del proveedor con el niño o niña?				
9. ¿El niño o niña asiste a un programa de Pre-K financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?					
N I Ñ O / A 4	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	2. Cuál es la relación del (de la) menor con usted?				
	3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	4. ¿El (La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	5. ¿Recibe alguna manutención infantil por este(a) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	6. Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?				
	7. ¿Está este(a) menor en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?				
	8. Si usa cuidados informales <input type="checkbox"/> de un familiar, ¿cuál es la relación del proveedor con el niño o niña?				
9. ¿El niño o niña asiste a un programa de Pre-K financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?					
N I Ñ O / A 5	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	2. Cuál es la relación del (de la) menor con usted?				
	3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	4. ¿El (La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	5. ¿Recibe alguna manutención infantil por este(a) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	6. Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?				
	7. ¿Está este(a) menor en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?				
	8. Si usa cuidados informales de un familiar, ¿cuál es la relación del proveedor con el niño o niña?				
9. ¿El niño o niña asiste a un programa de Pre-K financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio?					

Sección 5 Otros miembros del hogar

MIEMBRO DEL HOGAR 1	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		SSN (opcional):			
	Raza: <i>Vea las siguientes opciones</i>		¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano(a) estadounidense: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las siguientes opciones</i>			
	Opciones de Raza <ul style="list-style-type: none"> • Indígena americana o Nativa de Alaska • Asiática • Negra o afroamericana • Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanca 		Opciones de estatus de persona extranjera <ul style="list-style-type: none"> • Residente permanente • Asilado(a) • Extranjero(a) con residencia condicional • Indocumentado(a) • Persona con permiso de permanencia temporal por razones humanitarias o de beneficio Público («Parolee») (1 año o más) • Extranjero(a) cuya deportación está temporalmente suspendida 		<ul style="list-style-type: none"> • Refugiado(a) • Cónyuge extranjero(a) maltratado(a) Niño(a) o padre o madre de niño(a) • Hijo(a) de persona extranjera admitida legalmente 					
	¿Tiene estatus de militar activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal:		Relación con el solicitante: <i>Vea las siguientes opciones</i>					
	Opciones de relación con el solicitante: <ul style="list-style-type: none"> • Niño(a) adoptado(a) • Hijo(a) biológico(a) • Hermano(a) • Hijastr(a) 		<ul style="list-style-type: none"> • Primo(a) • Niño(a) en régimen de acogida tutelar • Bisnieto(a)/Nieto(a) • Sobrino(a) 		<ul style="list-style-type: none"> • Pupilo(a) • Otra (familiar) • Otra (no familiar) 					
	1. ¿Tiene este miembro del hogar una actividad que hace que no esté disponible para cuidar al (a la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Este miembro del hogar tiene ingresos ganados o no ganados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Existe alguna circunstancia por la que este miembro del hogar no pueda ocuparse del (de la) menor?						<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
MIEMBRO DEL HOGAR 2	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		SSN (opcional):			
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>		¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>			
	¿Tiene estatus de militar activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal:		Relación con el solicitante: <i>Vea las opciones más arriba</i>					
	1. ¿Tiene este miembro del hogar una actividad que hace que no esté disponible para cuidar al (a la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Este miembro del hogar tiene ingresos ganados o no ganados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	3. ¿Existe alguna circunstancia por la que este miembro del hogar no pueda ocuparse del (de la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	MIEMBRO DEL HOGAR 3	Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		SSN (opcional):		
Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>		¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>				
¿Tiene estatus de militar activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Idioma principal:		Relación con el solicitante: <i>Vea las opciones más arriba</i>						
1. ¿Tiene este miembro del hogar una actividad que hace que no esté disponible para cuidar al (a la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. ¿Este miembro del hogar tiene ingresos ganados o no ganados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3. ¿Existe alguna circunstancia por la que este miembro del hogar no pueda ocuparse del (de la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
MIEMBRO DEL HOGAR 4		Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		SSN (opcional):		
	Raza: <i>Vea las opciones más arriba</i>		¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano(a) estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense) <i>Vea las opciones más arriba</i>			
	¿Tiene estatus de militar activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal:		Relación con el solicitante: <i>Vea las opciones más arriba</i>					
	1. ¿Tiene este miembro del hogar una actividad que hace que no esté disponible para cuidar al (a la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2. ¿Este miembro del hogar tiene ingresos ganados o no ganados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	3. ¿Existe alguna circunstancia por la que este miembro del hogar no pueda ocuparse del (de la) menor?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 6. Información de actividad

A C T I V I D A D	Nombre del miembro del hogar/solicitante (de la Sección 2 o 5):				Tipo de actividad: <i>Vea las siguientes opciones</i>			
	Opciones de Tipo de actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo • Actividad aprobada por el TCA • Educación (pública) 				<ul style="list-style-type: none"> • Educación (universidad) • Capacitación • Sin actividad 			
	Nombre de la organización:				Número telefónico de la organización:			
	Dirección de la organización: Calle		Ciudad		Estado		Código Postal	
	Si usted no cuenta con un horario de actividad establecido, anote el total de horas por semana:				Ingrese el tiempo de viaje diario del proveedor a la actividad (ida y vuelta):			
1	Horas de Actividad	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
		a	a	a	a	a	a	a
A C T I V I D A D	Nombre del miembro del hogar/solicitante (de la Sección 2 o 5):				Tipo de actividad: <i>Vea las opciones más arriba</i>			
	Nombre de la organización:				Número telefónico de la organización:			
	Dirección de la organización: Calle		Ciudad		Estado		Código Postal	
	Si no tiene un horario de actividad establecido, anote el total de horas por semana:				Ingrese el tiempo de viaje diario del proveedor a la actividad (ida y vuelta):			
	2	Horas de Actividad	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		a	a	a	a	a	a	a
A C T I V I D A D	Nombre del miembro del hogar/solicitante (de la Sección 2 o 5):				Tipo de actividad: <i>Vea las opciones más arriba</i>			
	Nombre de la organización:				Número telefónico de la organización:			
	Dirección de la organización: Calle		Ciudad		Estado		Código Postal	
	Si usted no cuenta con un horario de actividad establecido, anote el total de horas por semana:				Ingrese el tiempo de viaje diario del proveedor a la actividad (ida y vuelta):			
	3	Horas de Actividad	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		a	a	a	a	a	a	a

Para todas las actividades que sean "Empleo", debe adjuntar una carta del empleador en papel membretado de la empresa que verifique el horario de trabajo. Para todas las actividades que sean "Educación" o "Capacitación", debe adjuntar una copia del horario actual de la escuela o del centro de capacitación en papel membretado que verifique los días y los horarios de las clases.

Sección 7 Horarios de cuidados infantiles

Niños en edad escolar Si no se presenta un horario de cuidados infantiles, se dará al niño o niña una beca de una unidad (15 horas por semana)							
Si no tiene un horario de cuidados infantiles estándar, anote el total de horas por semana:							
¿Cuáles son los días y horas específicos en los que necesita cuidados infantiles de acuerdo con su actividad?							
Menor uno	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	a	a	a	a	a	a	a
Si no tiene un horario de cuidados infantiles estándar, anote el total de horas por semana:							
¿Cuáles son los días y horas específicos en los que necesita cuidados infantiles de acuerdo con su actividad?							
Menor dos	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	a	a	a	a	a	a	a
Si no tiene un horario de cuidados infantiles estándar, anote el total de horas por semana:							
¿Cuáles son los días y horas específicos en los que necesita cuidados infantiles de acuerdo con su actividad?							
Menor tres	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	a	a	a	a	a	a	a

Sección 8 Información de ingresos

I N G R E S O S 1	Nombre del miembro del hogar con ingresos:	Tipos de ingresos: <i>Vea las opciones a continuación</i>	
	Opciones de tipos de ingresos:	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión conyugal • Pago por servicios en las fuerzas armadas • Manutención de menores – orden judicial • Manutención de menores – voluntaria • Beneficios de SS 	<ul style="list-style-type: none"> • SSI • Autoempleo Bruto • TCA • Pago de comisiones/propinas • Desempleo • Asistencia/Beneficios para veteranos • Sueldo/salario • Compensación del trabajador • Otra
	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos el miembro del hogar?	Importe bruto cada vez que el miembro del hogar cobra (\$):	
	Si el ingreso proviene del pago de manutención de menores, ¿cómo se llama el(la) progenitor(a) ausente que la paga?		
I N G R E S O S 2	Nombre del miembro del hogar con ingresos:	Tipos de ingresos: <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos el miembro del hogar?	Ingresos brutos en el talón de pago del miembro del hogar (\$):	
	Si el ingreso proviene del pago de manutención de menores, ¿cómo se llama el(la) progenitor(a) ausente que la paga?		
I N G R E S O S 3	Nombre del miembro del hogar con ingresos:	Tipos de ingresos: <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos el miembro del hogar?	Importe bruto cada vez que el miembro del hogar cobra (\$):	
	Si el ingreso proviene del pago de manutención de menores, ¿cómo se llama el(la) progenitor(a) ausente que la paga?		
I N G R E S O S 4	Nombre del miembro del hogar con ingresos:	Tipos de ingresos: <i>Vea las opciones más arriba</i>	
	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos el miembro del hogar?	Importe bruto cada vez que el miembro del hogar cobra (\$):	
	Si el ingreso proviene del pago de manutención de menores, ¿cómo se llama el(la) progenitor(a) ausente que la paga?		
Adjunte una constancia de todos los ingresos de las últimas 4 semanas percibidos por el solicitante, su cónyuge, la otra madre o el otro padre que reside en el hogar, los padres de una madre o un padre menor de edad, los adultos y su cónyuge con custodia física del niño.			

Su solicitud nos da información sobre su elegibilidad para beneficios y servicios. Estos beneficios se brindan con dineros públicos y debe dar información verdadera. Se puede verificar con agencias y negocios públicos y privados. Debe reportar cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario dentro de los 10 días siguientes al cambio. Si da información falsa a sabiendas, o no reporta cambios a propósito, será pasible de descalificación y de la aplicación de las penalizaciones que se describen a continuación.

La sección 8-504 del Artículo de Derecho Penal del Código Anotado de Maryland establece que:

- (a) Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra persona a obtener o intentar obtener fraudulentamente dinero, bienes, cupones de alimentos, atención médica u otra asistencia a la que no tenga derecho, en virtud de un programa social, sanitario o nutricional basado en la necesidad, financiado total o parcialmente por el Estado de Maryland y administrado por el Estado o sus subdivisiones políticas, es culpable de un delito menor. A efectos de esta sección, el fraude incluirá:
- (1) hacer deliberadamente una declaración o representación falsa; o
 - (2) no revelar intencionadamente un cambio sustancial en la situación familiar o financiera; o
 - (3) hacerse pasar por otra persona.
- (b) Tras la 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 se debe hacer, la persona deberá hacer la restitución completa del dinero, la propiedad, los cupones de alimentos, la atención médica u otra asistencia recibida ilegalmente, o el valor de la misma, y será multado con no más de \$ 1,000 o encarcelado por no más de tres años, o tanto multado como encarcelado.

Declaración de ingresos anuales y consentimiento para divulgar información:

Entiendo que debo reportar, dentro de los 10 días hábiles siguientes a que sucedan, los siguientes cambios, que darán lugar a la cancelación de los beneficios de CCS: (1) Los ingresos brutos del hogar equivalen o superan los establecidos en la escala de ingresos para la continuidad de CCS (2) Dejo de residir en Maryland, (3) mi hijo(a) ya no necesita una beca de cuidado infantil, (4) mis activos superan 1 millón de dólares.

Por este medio autorizo al Departamento de Educación del Estado de Maryland, Subdivisión de Becas de Cuidado Infantil (MSDE/CCS), a la Oficina del Inspector General del Departamento de Recursos Humanos del Estado de Maryland (DHR/OIG) o a cualquier entidad autorizada por el MDSE a ponerse en contacto, revisar y obtener registros mantenidos por cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental con el fin de establecer pruebas de mi elegibilidad para los beneficios de CCS. Esto incluye, pero no se limita a: registros de empleo, financieros (incluyendo registros bancarios y número de trabajo de Equifax), escolares/educativos, de alquiler/vivienda y registros del impuesto sobre la renta del Estado de Maryland. Al firmar a continuación, certifico que soy el abajo firmante y que tengo la capacidad de consentir esta divulgación de información, que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa y que doy a MSDE/CCS permiso para enviarme información sobre el programa por correo electrónico y/o mensaje de texto. Una fotocopia de este formulario y firma electrónica es tan válida como el original.

Entiendo que voy a pagar un copago asignado de \$3,00 por semana por cada beca de unidad 3, \$2,00 por semana por cada beca de unidad 2 y \$1,00 por semana por cada beca de unidad 1. Las excepciones a esto serán si recibo SNAP, TCA, WIC, WAG, GBI, cupones de vivienda, SSI o si soy un padre o madre menor de edad, soy trabajador(a) migrante o estoy sin vivienda. Debo adjuntar comprobantes actuales a la solicitud y mostrar comprobantes al proveedor de cuidados infantiles. Soy responsable por pagar directamente al proveedor de cuidados infantiles el copago semanal asignado y cualquier diferencia adeudada en la matrícula de cuidados infantiles que no cubran la beca de cuidado infantil y el copago asignado.

Declaro que no tengo ninguna beca activa de cuidados infantiles, que los ingresos brutos totales de mi hogar están por debajo de la escala de ingresos iniciales de CCS, o que mientras tengo una beca infantil activa, los ingresos brutos de mi hogar se encuentran por debajo de la escala de ingresos para la continuidad para el tamaño de mi hogar. Consulte la Sección 8 de la página de instrucciones para la solicitud de CCS de escala de elegibilidad por tamaño familiar.

Declaro que todos los jefes de familia están en una actividad aprobada al momento de la presentación de la solicitud.

Nombre del padre o madre en imprenta	Fecha
Firma del padre o madre (no se acepta firma electrónica)	Fecha
Aclaración del nombre del otro padre o de la otra madre (padre, madre o cónyuge que reside en el hogar, o padre o madre del menor)	Fecha
Firma del otro padre o de la otra madre (padre, madre o cónyuge que reside en el hogar, o padre o madre del menor; no se acepta firma electrónica)	Fecha

Reporte sus sospechas de fraude en el programa de Becas de Cuidado Infantil en Reportccsfraud.org