

Hemos recibido una notificación según la cual se nos informa de que usted ya no desea presentar un recurso de apelación para una nueva audiencia en la Oficina de Audiencias Administrativas. Se necesita una petición de retiro del recurso de apelación que esté firmada antes de que podamos retirar su recurso de apelación en audiencia. Firme este formulario y devuélvalo a la dirección detallada arriba.

Sección 1 Información general

Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 2 Firma

Al firmar, declaro que deseo retirar mi recurso para obtener una nueva audiencia en la Oficina de Audiencias Administrativas.

Firma	Fecha
-------	-------

Esta petición de retiro de recurso de apelación no se procesará si el formulario no está firmado.

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil FORMULARIO DE SOLICITUD DE DÍAS DE CIERRE VOLUNTARIO	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
--	--	--

Sección 1: Información General	
Nombre del proveedor:	
Número de ID del proveedor:	Número telefónico de contacto:

Indique el(los) día(s) en los que planea cerrar voluntariamente. Sección 2: La notificación de los días de cierre voluntario debe enviarse a los padres y a Child Care Scholarship Central (CCS Central 2) <u>ANTES</u> de los días de cierre.	
Fecha de inicio (MM/DD/AA)	Fecha de finalización (MM/DD/AA)

Nota: Los proveedores de Cuidado Infantil pueden recibir pagos por hasta dos semanas consecutivas de cierre voluntario por año.

Sección 3 Firma	
<input type="checkbox"/> Certifico que he/hemos notificado a todos los padres sobre este cierre.	
Firma del proveedor:	Fecha:

Sección 1 Información general del solicitante (parte custodial)	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de la Seguridad Social (NSS) (Opcional):	

Sección 2 Parte no custodial				
Nombre:	Apellidos:			
Número de la Seguridad Social (NSS) (Opcional):				
Dirección del hogar: Calle	N° de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 3 Importe del pago	
Importe pagado:	Frecuencia:

Sección 4 Menores	
Nombre del menor 1:	Nombre del menor 2:
Nombre del menor 3:	Nombre del menor 4:

Sección 5 Firma	
Al firmar, declaro que pago el importe expresado anteriormente a la parte custodial y que en el presente no soy un miembro del hogar. Si me reúno con la familia, firmaré una Solicitud de CCS en Redeterminación e informaré de mis ingresos y actividades.	
Firma de la Parte no custodial	Fecha
Al firmar, declaro que recibo el importe expresado anteriormente de la parte no custodial y que en el presente el progenitor ausente no es un miembro del hogar. Si el progenitor ausente se reúne con la familia, en Redeterminación: el progenitor ausente firmará la Solicitud de CCS e informará de sus ingresos y actividades.	
Firma de la Parte custodial	Fecha
<i>El Formulario de Acuerdo de Pensión Infantil Voluntaria debe estar firmado por ambos progenitores para que este formulario pueda ser procesado.</i>	

Sección 1: Información General

Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento (FDN):	Número telefónico de contacto:
Número de seguro social (opcional):	Nombre de la empresa:

Sección 2 Ingreso (proporcione sus últimos 3 meses de ingreso). Adjunte verificación de ingreso.

Nombre del cargo:	EIN:		
Mes	Sueldo bruto	Fecha de recepción	Horas trabajadas
Horario laboral: <i>(Si el horario es cambiante, indique el número de días trabajados por semana)</i>			
Cuántas horas trabaja diariamente, por ejemplo de 9 am a 5 pm:	Trabaja durante:	<input type="checkbox"/> Tardes	<input type="checkbox"/> Fines de semana
Número de horas trabajadas por semana:	Promedio de horas trabajadas en los últimos 3 meses:		

Sección 3. Declaración

Yo, _ , por medio de la presente declaro lo siguiente:

Declaro que este ingreso proviene de mi auto-empleo. Soy apto para presentar declaraciones de impuestos de auto-empleo estatales y federales. Tengo el potencial para tener ganancias o pérdidas.

La información que proporcione en este formato es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Estoy consciente que si proporcione información que no sea verdadera o si me reservo información, puedo ser legalmente castigado por fraude o perjurio. También podría tener que reembolsar al Estado de Maryland por cualquier pago en que hayan incurrido derivado de mi fraude o error.

Sección 4 Firma

Consentimiento de divulgación de la información

Entiendo que esta información podrá ser verificada y utilizada por el Programa de Becas de Cuidado Infantil para determinar mi elegibilidad a una beca de cuidado infantil.

Firma:	Fecha:
--------	--------

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil Formulario de Solicitud de Ampliación de Beca	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

Sección 1 Información general				
Nombre:		Apellidos:		
Identificación del interesado:		Fecha de nacimiento (FDN):		
Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) (opcional):		Teléfono de contacto:		
Dirección Postal:	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2 Información del cupón			
Niños que necesitan que se amplíe su cupón			
Nombre del menor	Fecha de nacimiento del menor	Número de Seguridad Social del menor (SSN) (Opcional)	Fecha de inicio de la ampliación

Sección 3. Información de actividad			
Detalles de la actividad aprobada			
Nombre de los miembros de la familia	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de terminación

Para todas las actividades que sean "Empleo", debe adjuntar una carta de su patrón verificando las horas de trabajo. Para todas las actividades que sean "Educación" o "Capacitación", debe adjuntar una copia del horario actual de su escuela/centro de capacitación para verificar los días y las horas de las clases.

Sección 3 Firma	
Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma	Fecha
Esta solicitud de ampliación de beca no será procesada si el formato no está firmado.	

Solicitud de audiencia - Becas de Cuidado Infantil

❖ ¿Cómo solicito una audiencia?

Complete el formulario en el reverso de esta página. Envíe el formulario al programa de Becas de Cuidado Infantil (CCS, por sus siglas en inglés) de CCS Central 2.



❖ ¿De cuánto tiempo dispongo para solicitar una audiencia?

Podrá solicitar una audiencia por no más de **90 días** posteriores a la fecha de la notificación.

❖ ¿Cómo puedo continuar con mi beca de cuidado infantil mientras espero mi audiencia?

Si solicitó su audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la notificación más reciente mientras recibe los servicios de becas de cuidado infantil, podrá continuar recibiendo dichos servicios, a menos que haya dejado de ser elegible.

❖ ¿Me endeudaré si obtengo servicios de cuidado infantil mientras espero?

Sí. Si el juez está de acuerdo con nosotros y usted pierde la apelación, deberá devolver el monto acumulado de su beca de cuidado infantil.

❖ ¿Cuándo y dónde se llevará a cabo la audiencia?

La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una notificación con el horario y lugar de la audiencia.

❖ ¿Debo asistir a la audiencia?

Sí. Perderá la apelación si no se presenta. Si no puede asistir, comuníquese con la **Oficina de Audiencias Administrativas** al 410-229-4100 y ellos le ayudarán a reprogramar la audiencia.

❖ ¿Puedo ir acompañado/a por alguien para que me ayude o hable por mí?

Puede ir acompañado/a por un abogado/a, amigo/a o familiar. Si desea obtener asistencia legal gratuita, contáctese con Legal Aid al 1-800-999-8904.

❖ ¿Cómo debo prepararme para la audiencia?

Puede contactarse con CCS Central 2 para hablar con un representante que pueda revisar la decisión de elegibilidad junto con usted y brindarle los documentos necesarios.

Si necesita ayuda para completar el formulario, favor de llamar al 1-877-227-0125

Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil SOLICITUD DE AUDIENCIA - BECAS DE CUIDADO INFANTIL	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	---

Complete este formulario SOLO si está en desacuerdo con la decisión tomada acerca de sus servicios.
Si está en desacuerdo con la acción llevada a cabo con el programa de Becas de Cuidado Infantil,
tiene derecho a discutir su(s) razón(es) con un supervisor.
Podemos ayudarle a completar este formulario o puede solicitar una audiencia si llama al 1-877-227-0125.

Sección 1 Cuéntenos sobre usted <i>Complete los espacios en este casillero y complete los casilleros del 2 al 4. Escriba con letra clara.</i>		
Nombre:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		País:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número telefónico de contacto:		Número de Seguridad Social (NSS) <i>(opcional)</i> :

Sección 2 ¿Desea apelar la decisión de su programa de Becas de Cuidado Infantil? Indique sí o no.
<input type="checkbox"/> Sí, deseo apelar la decisión del programa CCS. <input type="checkbox"/> No, no deseo apelar la decisión del programa CCS.

Sección 3 ¿Cuáles son los motivos por los que desea tener una audiencia?
<input type="checkbox"/> No se me permitió enviar una solicitud. <input type="checkbox"/> La cantidad de asistencia recibida fue incorrecta. <input type="checkbox"/> Mi solicitud fue rechazada. <input type="checkbox"/> Mi asistencia fue suspendida, reducida o finalizada incorrectamente. <input type="checkbox"/> Mi solicitud no fue procesada debidamente. <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo en que deba devolver el dinero de la asistencia recibida. <input type="checkbox"/> No recibo los servicios que necesito.
Si recibió una notificación al respecto, ¿cuál es la fecha que figura en la notificación? <i>MM/DD/AAAA</i>
¿Por qué desea tener una audiencia? Le rogamos que nos cuente lo que sucedió:

Sección 4 Firma
Comprendo que si solicito una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la notificación mientras recibo beneficios, puedo seguir recibiendo dichos beneficios mientras espero mi audiencia a menos que concluya mi periodo de servicio. Es posible que deba devolver el dinero de los beneficios provistos, si pierdo la apelación.
<input type="checkbox"/> Marque con una cruz aquí si usted no desea recibir beneficios mientras espera por su audiencia.
Firma: _____ Fecha: _____

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil Formulario de petición de beca por traslado de proveedor	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

Sección 1 Información general						
Nombre:		Apellidos:				
ID de la parte:		Fecha de nacimiento: <i>MM/DD/AAAA</i>				
Número de Seguridad Social (NSS) <i>(opcional)</i> :			Número telefónico de contacto:			
Dirección:	Calle	Apartamento N°	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Sección 2 Información de becas			
Menores que necesitan una nueva beca			
Nombre del menor	Fecha de nacimiento del menor	Número de Seguridad Social del menor (SSN) <i>(Opcional)</i>	Fecha de inicio de la nueva beca

Sección 3 Información del proveedor	
Información sobre el traslado del proveedor	
Nombre del proveedor	Nueva dirección del proveedor

Sección 3 Firma	
Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma	Fecha
<i>El formulario de petición de beca por traslado del proveedor debe estar firmado para que pueda ser procesado.</i>	

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil FORMULARIO DE CAMBIO DE DIRECCIÓN DE PROVEEDOR	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

Sección 1 Información general	
Nombre del proveedor:	<input type="checkbox"/> Proveedor formal <input type="checkbox"/> Proveedor informal
Número de ID del proveedor:	Número telefónico de contacto:

Sección 2 Dirección actual para pago						
Dirección para pago:	Calle	Apartamento N°	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Sección 3 Nueva dirección para pago					
Dirección para pago:	Calle	Apartamento N°	Ciudad	Estado	Código postal
Condado					
Fecha de entrada en vigor del cambio: <i>MM/DD/AAAA</i>					
<i>Debe adjuntar copias de documentos de respaldo, como por ejemplo una factura de servicios básicos, la primera página y firma de un acuerdo de alquiler o declaración de hipoteca como prueba de que esta es su nueva dirección.</i>					

Sección 4 Firma	
Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma del proveedor:	Fecha:
<i>El presente Formulario de Cambio de Dirección del Proveedor debe estar firmado para que pueda ser procesado.</i>	

Nota: Si necesita cambiar su dirección postal para otros documentos como facturas y cartas o la ubicación de su instalación ha cambiado, póngase en contacto con los siguientes:

- Quienes tienen una licencia - contacte a su oficina regional de licencias. (Cerciórese de que su especialista en licencias tenga su dirección electrónica actual)
- Proveedor de Cuidado Infantil Familiar Registrado - contacte a su oficina regional de licencias. (Cerciórese de que su especialista en licencias tenga su dirección electrónica actual)
- Proveedores informales - contacte a la Central de Becas de Cuidado Infantil. (Cerciórese de que la Central de Becas de Cuidado Infantil tenga su dirección electrónica actual)

Sección 4 Solicitud de beca para cuidado temporal

Esta solicitud se utilizará cuando su proveedor haya cerrado de manera voluntaria de 1 día a 2 semanas.

Beca Temporal	Fecha de inicio: MM/DD/AAAA	Fecha de terminación: DD/MM/AAAA
El Proveedor es:	<input type="checkbox"/> Formal (Autorizado) <input type="checkbox"/> Informal (Por favor, comuníquese con la Central de SCl al 1-877-227-0125 para obtener los formatos necesarios para cuidado informal).	

Sección 5. Firma

Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.

Firma	Fecha
-------	-------

Esta solicitud no se procesará si el formato no se encuentra firmado.**Si de forma intencional se reserva información relacionada con cambios dentro de su núcleo familiar, podrá adeudar a la agencia el monto de cualquier pago por cuidado infantil que se haya realizado.****Usted debe informar acerca de lo siguiente en un plazo máximo de 10 días:**

- Aumento en los ingresos totales de su hogar igual o superior al 85% del Ingreso Promedio Estatal
- Cambios en su ingreso que incluyan SSI, TCA o del programa Head Start.
- Cambios en el número total de personas en su hogar (aumento de niños). Informe de la incorporación de un cónyuge en la nueva determinación)
- Nueva dirección, si se ha mudado
- Cambios en el proveedor de cuidado infantil
- El cuidado infantil ya no es necesario
- La familia ya no reside en Maryland
- La ganancia de bienes supera el millón de dólares

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil VERIFICACIÓN DE CLASES EN LÍNEA	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

Se considera que las clases en línea son una actividad aprobada. Para que se considere su posible participación, debe proporcionar la descripción de la clase que se encuentra en el catálogo oficial, así como una declaración personal que indique en qué días y horas tomará la clase en línea. **No** incluya las horas de estudio en las horas reportadas.

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 2 Detalles de la clase en línea							
Nombre de la organización:				Sitio web de la organización:			
Nombre de las clases:				Descripción de las clases:			
Actividad Horas	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Si no tiene ninguna actividad estándar programada, introduzca el total de horas por semana dedicadas a esta actividad:							

Sección 3 Firma	
Al firmar, declaro que asisto a clases en línea durante el total de horas por semana declaradas anteriormente.	
Firma	Fecha

Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil ALEGATO DE CAUSA JUSTIFICADA	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	---

Sección 1 Información general del solicitante (Parte que tiene la custodia)	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 2 Parte que no tiene la custodia	
Nombre:	Apellidos:
Número de Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 3 Definición de “causa justificada”
<p>«Causa justificada para rechazar cooperar en la búsqueda de manutención infantil» se refiere a que la cooperación podría dañar al menor implicado o el usuario. Estas causas se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la cooperación podría causar daños físicos o emocionales graves al menor; • Cuando la cooperación podría causar daños físicos o emocionales graves al usuario, de forma que este no pueda ocuparse del menor; • Cuando el menor haya nacido fruto de un incesto o violación; • Cuando la adopción legal del menor esté siendo decidida por un tribunal; y • Cuando una agencia de servicios sociales esté ayudando a los usuarios a decidir si quedarse con el menor o si lo darán en adopción (<i>siempre y cuando este proceso no esté activo por más de 3 meses</i>).

Sección 4 Evidencia de “causa justificada”
<p>Las pruebas aceptables que demuestren un alegato de «causa justificada» se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento, informe médico o informe policial que demuestre que el menor ha nacido fruto de un incesto o una violación; • Documentos de un tribunal que demuestren que la adopción legal del menor está siendo decidida por un juzgado; • Documentos de un tribunal, documentos médicos, policiales o psicológicos que demuestren que el(la) progenitor(a) ausente podría dañar al menor o al usuario; • Declaración de un profesional de la salud o médico que demuestre que la cooperación podría ser dañina para la salud emocional del niño o del usuario; y • Declaraciones juradas de personas distintas al usuario que conozcan las circunstancias que forman la base del alegato de causa justificada del usuario.

Sección 5 Firma	
He leído o se me leyó la definición de causa justificada y, en estos momentos, deseo alegar causa justificada para rechazar colaborar en la búsqueda de una manutención infantil.	
Firma del usuario CCS	Fecha

NOTA PARA EL USUARIO:

Si desea alegar causa justificada, debe enviar todos los documentos de prueba que apoyen dicho alegato antes de 30 días desde el envío de la Solicitud de Beca para Cuidado Infantil a la Central CCS. Si no envía dichas pruebas de causa justificada antes de los 30 días (inclusive), tendrá que solicitar servicios de manutención infantil o su caso en CCS quedará terminado.

Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
---	---

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (NSS) (opcional):	

Sección 2 Empleo nuevo/actual			
Nombre del cargo:		Fecha de inicio del empleo: <i>MM/DD/AAAA</i>	
Salario por hora:	Propinas:	Comisiones:	
Pagado por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Mensual			
Final del período	Sueldo bruto	Fecha de recepción	Horas trabajadas
Horario laboral: (Si el horario es cambiante, indique el número de días trabajados por semana)			
Número de horas trabajadas por semana:		El empleado trabaja: <input type="checkbox"/> Tardes/Noches (7pm – 6am) <input type="checkbox"/> Fines de semana	

Sección 3 Despido del empleo		
Último día de empleo:	Fecha de recepción del último pago: <i>MM/DD/AAAA</i>	Importe bruto del último cheque de pago:
¿El empleado está de baja sin pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, fecha estimada de retorno: <i>MM/DD/AAAA</i>

Sección 4 Información del empleado		
Nombre de la empresa:		Número telefónico:
Dirección:		
Nombre de la persona que completa el formulario:		Firma:
Título:	Fecha: <i>MM/DD/AAAA</i>	Número telefónico:

Sección 5 Firma	
Consentimiento de divulgación de la información	
<i>Entiendo que esta información se verificará y utilizará por parte del Programa de Becas de Cuidado Infantil para determinar mi elegibilidad para recibir becas de cuidado infantil.</i>	
Firma:	Fecha:

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de cuidado infantil Programa de becas de cuidado infantil FORMULARIO DE CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

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

Sección 1 Información general				
Nombre:		Apellidos:		
Identificación del interesado:		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		
Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) <i>(opcional)</i> :		Teléfono de contacto:		
Dirección Postal:	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2 Tipo de cambio que se informa (requerido, debe elegir por lo menos uno)	
<input type="checkbox"/> Aumento de la Actividad	Complete la sección 3 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> Niño que se haya añadido al grupo familiar	Complete la sección 4 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos <input type="checkbox"/> Aumento de ingresos <i>(consulte la tabla SMI en la Sección 5)</i>	Complete la sección 5 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> Apertura de SSI <input type="checkbox"/> Cierre de SSI	Complete la sección 6 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> TCA Pendiente Aprobado <input type="checkbox"/> TCA Pendiente Rechazado <input type="checkbox"/> TCA Cerrado	Complete la sección 7 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	Complete la sección 8 Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.

SSI – Ingreso de Seguridad Complementario; TCA – Ayuda temporal en efectivo

Sección 3 Reporte de un Aumento de Actividad							
Nombre del miembro del hogar (de la Sección 1):				Tipo de actividad: <i>Vea las siguientes opciones</i>			
Opciones para Tipo de Actividad:		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Búsqueda de trabajo</i> • <i>Servicios comunitarios</i> • <i>Actividad educativa</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Empleo</i> • <i>Capacitación</i> • <i>Plan de responsabilidad personal FIA</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 :				¿Cuánto tiempo le toma el desplazarse de ida y vuelta a la actividad cada semana?			
		Horas:		Minutos:			
Horas de Actividad	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	a	a	a	a	a	a	a
Documentos necesarios para la Sección 3 – Debe usted anexar comprobante de las horas de actividad (por ejemplo, talones de pago, horario escolar, plan FIA).							

Sección 4 Informe de un menor añadido al grupo familiar

Información acerca de un menor añadido al grupo familiar

Nota Se debe realizar la acción de apoyo infantil para menores que necesiten cuidado, proporcionando la información con esta solicitud de cambio.

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón		Fecha de nacimiento: 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 estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense)
Opciones de raza: <ul style="list-style-type: none"> • Indio americano o nativo de Alaska • Asiático • Negro o afroamericano • Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico • Blanco 		Opciones de estado como extranjero: <ul style="list-style-type: none"> • Residente permanente • Asilado • Extranjero 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 cuya deportación está temporalmente suspendida 		<ul style="list-style-type: none"> • Refugiado • Cónyuge extranjero(a) maltratado(a), hijo(a) maltratado(a) o progenitor(a) de hijo(a) maltratado(a) • Indocumentado • Hijo(a) de extranjero(a) legalmente admitido 	
¿El menor necesita cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Cuál es su relación con el (la) menor?					
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. ¿Ha solicitado alguna manutención de menores para este(a) menor?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso negativo y si tiene usted una situación para aplicar al apoyo de «Buena causa», por favor llame al 1-866-243-8796 para solicitar el formato correcto.					
6. ¿Recibe alguna manutención de menores por este(a) menor?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?					
8. ¿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? MM/DD/AAAA					
<p>Documentos necesarios para la Sección 4 – Debe usted adjuntar el certificado de nacimiento del menor; y el comprobante de custodia en caso necesario; y adjunte la carta de verificación de SSI en caso necesario; y adjunte la carta (s) de verificación de beneficios de Seguridad Social en caso de ser necesario; y cualquiera de las siguientes verificaciones de apoyo para el menor en caso de ser necesario: 1) voluntaria; 2) Orden Judicial; 3) «Buena causa»; o 4) comprobante de apoyo para el menor.</p>					

Sección 5 Informar de un cambio en los ingresos

Información acerca de ingresos perdidos o que cambiaron

Tipo de cambio	Nombre del Miembro de la Familia	Tipo de ingresos (Vea las siguientes opciones)	Nuevo importe de ingresos (sólo para cambios de ingreso)
<input type="checkbox"/> Ingreso Perdido <input type="checkbox"/> Aumento en el Ingreso, consulte la tabla SMI más adelante.			
Opciones de Tipo de Ingreso: <ul style="list-style-type: none"> • Pensión conyugal • Pago por servicios en las fuerzas armadas • Manutención de menores – orden judicial • Manutención de menores – voluntaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de SS • SSI • Importe bruto de auto-empleo • TCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Pago de comisiones/propinas • Desempleo • Asistencia/Prestaciones para veteranos • Sueldo/Salario 	<ul style="list-style-type: none"> • Compensación laboral • Otros

<p>Reportar un Aumento de Ingreso:</p> <p>Consulte la tabla SMI para el tamaño correcto de su familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Si su Ingreso Familiar Combinado es superior al 85% del SMI, presente este formato y adjunte los documentos necesarios.</p> <p><input type="checkbox"/> Si su Ingreso Familiar Combinado es inferior al 85% del SMI, no presente este formato. Reporte lo cambios en el ingreso al momento de la redeterminación.</p>	<p>85% del Ingreso Medio Estatal de Maryland (SMI)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tamaño de la Familia</th> <th>85% de SMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>\$63,153</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$78,013</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$92,873</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$107,732</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$122,592</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>\$125,378</td> </tr> </tbody> </table>	Tamaño de la Familia	85% de SMI	2	\$63,153	3	\$78,013	4	\$92,873	5	\$107,732	6	\$122,592	7	\$125,378
Tamaño de la Familia	85% de SMI														
2	\$63,153														
3	\$78,013														
4	\$92,873														
5	\$107,732														
6	\$122,592														
7	\$125,378														

Documentos necesarios para la Sección 5
 Si **Perdió su Ingreso** debe adjuntar la Carta de Terminación de cada patrón anterior desde su última determinación de elegibilidad.
 Si el **aumento en el Ingreso Familiar Combinado** es superior al 85% de la tabla SMI anterior, adjunte su comprobante de ingreso.

Sección 6 Cambio en el Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)

Nombre del menor (Apellido, Nombre, Segundo nombre):	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> SSI Abierto	
<input type="checkbox"/> SSI Cerrado	

Documentos necesarios para la Sección 6 – Adjunte la Carta de Notificación de SSI

Sección 7 Cambio en la Ayuda Temporal en Efectivo (TCA)

<input type="checkbox"/> TCA Pendiente Aprobada
<input type="checkbox"/> TCA Pendiente Rechazada
<input type="checkbox"/> TCA Cerrada

Documentos necesarios para Sección 7
TCA Pendiente Aprobada: adjunte la Carta de Notificación de TCA Otorgada;
TCA Pendiente Rechazada: adjunte el comprobante de horas de actividad (por ejemplo: talones de pago, horario escolar, plan FIA);
TCA Cerrada: adjunte comprobante de actividad (por ejemplo: talones de pago, horario escolar, plan FIA) y la Carta de Notificación de Cierre de TCA.

Sección 8 Cambio de Nombre

Nombre anterior:	
Nuevo nombre:	Fecha de entrada en vigor: <i>MM/DD/AAAA</i>

Documentos necesarios para la Sección 8 – Debe usted adjuntar el comprobante legal de su cambio de nombre.

Sección 9 Firma y fecha

Bajo pena de perjurio, declaro a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma (necesaria)	Fecha (necesaria)

Las solicitudes de cambio deben tener firma y fecha para que puedan ser procesadas.
 No se aceptan las firmas electrónicas. Debe presentarse dentro de los 45 días después de la fecha registrada.

-- AVISO --

Cada cambio reportado requiere que usted presente la documentación de respaldo con este Formato de Cambio de Circunstancia.

El cambio reportado entra en vigor una vez que se hayan recibido los documentos necesarios en la Central 2 de Cuidado Infantil.

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil FORMULARIO DE CAMBIO DE DIRECCIÓN	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
ID de la parte firmante:	Fecha de nacimiento: <i>MM/DD/AAAA</i>
Número de Seguridad Social (SSN) (<i>opcional</i>):	Número telefónico de contacto:

Sección 2 Información de la nueva dirección						
Dirección del hogar:	Calle	Apartamento N°	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Fecha de traslado: <i>MM/DD/AAAA</i>						
Dirección postal, si es distinta:	Calle	Apartamento N°	Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de traslado: <i>MM/DD/AAAA</i>						
<i>Debe adjuntar copias de documentos de respaldo, como por ejemplo una factura de servicios básicos, la primera página con su nombre y firma de un acuerdo de alquiler o declaración hipotecaria, como prueba de que esta es su nueva dirección.</i>						

Sección 3 Firma	
Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender la información proporcionada es correcta y verdadera. Declaro que sigo siendo residente del Estado de Maryland.	
Firma	Fecha
<i>El presente Formulario de Cambio de Dirección debe estar firmado para que pueda ser procesado.</i>	

<i>Si usted deliberadamente retiene información sobre cambios en su hogar, se hará deudor a la agencia el valor de cualquier pago por cuidado infantil que dicha agencia haya realizado.</i>
<i>Usted debe informar de lo siguiente en un plazo máximo de 10 días:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumento en los ingresos totales de su hogar igual o superior al 85% del Ingreso Promedio Estatal</i> • <i>Cambios en sus ingresos que incluyan: SSI, TCA o Head Start</i> • <i>Cambios en el número total de personas en su hogar (adición de niños). Informe de la adición de un cónyuge en la nueva determinación)</i> • <i>Nueva dirección, si se ha trasladado</i> • <i>Cambios en el proveedor de cuidados infantiles</i> • <i>El cuidado infantil ya no es necesario</i> • <i>La familia ya no reside en Maryland</i> • <i>La ganancia de bienes supera el millón de dólares</i>

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil PETICIÓN DE RETIRO DE SOLICITUD	Devolver a: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

Hemos recibido una notificación informándonos de que usted ya no desea solicitar servicios de Becas de Cuidado Infantil. Se necesita una petición de retiro firmada antes de que podamos retirar su solicitud. Firme este formulario y devuélvalo a la dirección anterior.

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de la Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 2 Firma	
Al firmar, declaro que deseo retirar mi solicitud de servicios de Becas de Cuidado Infantil.	
Firma	Fecha
<i>Esta petición de retiro de solicitud no se procesará si el formulario no está firmado.</i>	



CCS Central 2

Ref: Solicitud de Subsidio para el Cuidado de Niños

Estimado Solicitante:

Usted ha pedido ayuda para pagar el servicio de cuidado infantil. Esta ayuda se ofrece a los clientes que califican basado en los ingresos y necesidad financiera, definido por el Código de Regulaciones del Estado de Maryland (COMAR 13A.14.06).

Por favor complete la solicitud adjunta y envíela a la dirección mencionada arriba. Complete todos los artículos e incluya copias de los documentos requeridos. Cuando se revise la solicitud, nos pondremos en contacto con usted.

Un bono es emitido si usted es elegible y si los fondos están disponibles. El Departamento paga por la sucursal central, centro de cuidado infantil, y el cuidado informal de niños. El personal de CCS Central 2 le puede explicar los diferentes tipos de servicios, bonos, subsidios y copagos si llama al 1-877-227-0125.

En la solicitud, por favor tome nota de la **Fecha de Nacimiento** y el **Número Telefónico** que indico en la sección 2. Usted podrá usar esta información para obtener detalles de su caso en el menú telefónico automatizado de CCC Central.



Para completar la aplicación es NECESARIO enviar la información sobre todos los miembros del hogar. Esto incluye, a su cónyuge o el padre del niño que vive en su hogar.

- Cuatro (4) semanas de comprobantes de sueldo
- Prueba de identidad (es decir, la licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación emitida por el gobierno, etc.)
- La prueba de la actividad aprobada (es decir, el trabajo, la formación de la escuela o el trabajo)
- Prueba de todos los otros ingresos
- Prueba de manutención recibido o reclamada para un niño.
- Prueba de domicilio (es decir, factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, etc.)

Si tiene una pregunta sobre la solicitud o los documentos requeridos, por favor llame al CCS Central 2 al número telefónico 1-877-227-0125.

Atentamente, CCS Central 2

1-877-227-0125

Subsidio para el Cuidado de Niños (Child Care Subsidy en inglés)

DOC.221.11S Revised 07/15.

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 2 al 1-877-227-0125** 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 ã 5	10 ã 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 ã 5	10 ã 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 gana 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.

Maryland State Department of Education/Office of Child Care Programa de Subsidio para Cuidado de Niños APLICACIÓN / RECONSIDERACIÓN PARA EL CUIDADODE NIÑOS	Devuelva la solicitud a: https://family.childcareportals.org/
--	--

** 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
Si necesita ayuda con esta solicitud, llame al CCS Central 2 a 1-866- 243-8796	

Sección 2 Información del Solicitante					
Nombre - Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):				Número de Seguro Social (SSN) (opcional):	
Fecha de Nacimiento: MM/DD/YYYY	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"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			
Raza: <i>Vea opciones abajo</i>		¿Es usted Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Primer Idioma:	
Ciudadano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EEUU:	Estatus migratorio (si no es ciudadano EEUU): <i>Vea opciones abajo</i>			¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Opciones de Raza:	<ul style="list-style-type: none"> • Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o Afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco 	Opciones de estatus migratorio:	<ul style="list-style-type: none"> • Residente Permanente • Asilado • Extranjero autorizado la entrada condicional • Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más) • Su deportación fue suspendida o Refugiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Extranjero o menor víctima de violencia domestica • Inmigrante indocumentado • Hijo/a de una persona que se halle admitido legalmente como extranjero 	
Dirección del Hogar: Condado	Calle	Apartamento #	Cuidad	Estado	Código Postal
Dirección Postal, si es diferente:	Calle		Cuidad	Estado	Código Postal
Numero 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:
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 es 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. ¿Cuantos 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>		
	Opciones de Raza: <ul style="list-style-type: none"> • Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o Afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco 		Opciones de estatus migratorio: <ul style="list-style-type: none"> • Residente Permanente • Asilado • Extranjero autorizado la entrada condicional • Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más) • Su deportación fue suspendida o Refugiado 		<ul style="list-style-type: none"> • Extranjero o menor víctima de violencia domestica • 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?		
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? <i>MM/DD/YYYY (Mes/Día/Año)</i>		
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?		

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	
	Opciones de Raza:	<ul style="list-style-type: none"> • Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o Afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco 	Opciones de estatus migratorio:	<ul style="list-style-type: none"> • Residente Permanente • Asilado • Extranjero autorizado la entrada condicional • Libertad Condicional por Razones Humanitarias (1 año o más) 	<ul style="list-style-type: none"> • Su deportación fue suspendida o Refugiado • Extranjero o menor víctima de violencia domestica • Inmigrante indocumentado • Hijo/a de una persona que se halle admitido legalmente como extranjero
	¿Tiene estatus militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Primer Idioma:	Relación al solicitante: <i>Vea opciones abajo</i>		
	Opciones para relación al solicitante:	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo adoptivo • Hijo biológico • Hermano • Hijastro 	<ul style="list-style-type: none"> • Primo • Niño adoptivo del cuidado • Nieto o bisnieto • Sobrino/sobrino 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutela • Otro (parentesco) • Otro (ningún parentesco) 	
	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>			
	Opciones para Tipos de Actividad:							
	<ul style="list-style-type: none"> • En búsqueda de Empleo • Servicio Comunitario • Educación 				<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo • Cursos de formación • FIA Plan Personal de Responsabilidad 			
	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 el total de horas por semanas:				¿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	
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 el total de horas por semanas:				¿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
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 el total de horas por semanas:				¿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
<p>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.</p>								

Sección 7 Horario del cuidado de niños								
Si usted no tiene un horario de cuidado infantil fijo, escriba el total de horas por semana:								
¿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 el total de horas por semana:								
¿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 el total de horas por semana:								
¿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:	Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones abajo</i>
	Opciones para Tipos de Ingresos: <ul style="list-style-type: none"> • Pensión alimenticia • Sueldo de las fuerzas armadas • Manutención del niño por orden judicial • Manutención del niño – Voluntario • Beneficios del Seguro Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI en inglés) • Ingreso bruto de autoempleo • Asistencia Financiera Temporal (en inglés TCA) • Propinas/Comisiones • Desempleo
	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?:	Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):
	¿Si el ingreso es manutención para el niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:	
Ingreso 2	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos:	Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i>
	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?:	Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:	
Ingreso 3	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos:	Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i>
	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?:	Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:	
Ingreso 4	Nombre del Miembro de la Unidad Familiar con Ingresos:	Tipo de Ingreso: <i>Vea opciones arriba</i>
	¿Con que frecuencia recibe el ingreso este miembro de la familia?:	Ingreso bruto cada vez que recibe pago (\$):
	¿Si el ingreso es manutención de niño, cual es el nombre del padre ausente que lo paga?:	
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.		

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