

Información sobre el jefe de familia (ESTA REFERENCIA ES SÓLO PARA LOS SOLICITANTES DE LA TCA)

¿Está la familia aprobada para la TCA? _____ Sí No (Si la respuesta es no, deténgase. Utilice la referencia pendiente de TCA)

FECHA DE APROBACIÓN: DD/MM/AAAA

SELECCIONE EL TIPO DE PRIORIDAD 1: _____ Aprobado TCA _____ MORA/TCA

Tipo de atención seleccionada: _____ Formal _____ Informal (Notificar a los padres que este proceso podría tardar hasta o más de 60 días)

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento (FDN):

Género: Masculino
 Femenino

Número de Seguridad Social
(SSN, por sus siglas en inglés) (opcional):

Dirección de correo electrónico del cliente:

Dirección postal del Cliente:

Calle Ciudad Estado Código Postal

1. ¿Esta persona está aprobada por el SSI? Sí No
2. ¿Esta familia está sin hogar? Sí No
3. ¿El jefe de familia es veterano? Sí No
4. ¿Esta persona está aprobada para actividades TCA?
5. ¿La actividad aprobada se realiza en la guardería en la que está inscrito el menor? Sí No
6. **Cuántas horas por semana es la actividad aprobada:** _____
7. ¿Qué días a la semana asisten los padres a la actividad autorizada? **D L M M J V S**
8. ¿Qué horas al día asiste el padre a la actividad autorizada? _____
9. ¿La actividad autorizada del padre se desarrolla entre las 19:00 y las 6:00 horas, de lunes a viernes? Sí No
10. ¿La actividad aprobada por los padres es en algún momento del sábado o del domingo? Sí No
11. ¿Cuántos minutos al día tarda el padre o la madre en ir de la Guardería a la actividad autorizada, **de ida:** _____

Sección 2 Información sobre el jefe de familia (otro padre o tutor)

SELECCIONE EL TIPO DE PRIORIDAD 1: _____ Aprobado TCA _____ MORA/TCA

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento (FDN):

Género: Masculino
 Femenino

Número de Seguridad Social
(SSN, por sus siglas en inglés) (opcional):

Dirección de correo electrónico del cliente:

Dirección postal del Cliente: Calle Ciudad Estado Código Zip

1. ¿Esta persona está aprobada por el SSI? Sí No
2. ¿Esta familia está sin hogar? Sí No
3. ¿El jefe de familia es veterano? Sí No
4. ¿Esta persona está aprobada para actividades TCA?
5. ¿La actividad aprobada se realiza en la guardería en la que está inscrito el menor? Sí No
6. Cuántas horas por semana es la actividad aprobada: _____
7. ¿Qué días a la semana asisten los padres a la actividad autorizada? **D L M M J V S**
8. ¿Qué horas al día asiste el padre a la actividad autorizada? _____
9. ¿La actividad autorizada del padre se desarrolla entre las 19:00 y las 6:00 horas, de lunes a viernes? Sí No
10. ¿La actividad aprobada por los padres es en algún momento del sábado o del domingo? Sí No
11. ¿Cuántos minutos al día tarda el padre o la madre en ir de la Guardería a la actividad autorizada, **de ida:** _____

Sección 3 Información del menor --

Menor 1

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):
Raza:	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Opciones de Raza: • Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco	
1. ¿Cuál es la relación del niño con el padre?			
2. ¿NECESITA EL MENOR UNA BECA DE CUIDADO INFANTIL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. ¿Recibe el niño actualmente SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el importe de la carta del SSI: \$ _____			
5. ¿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			
6. ¿Está este menor en un preescolar Financiado por el Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio? MM/DD/AAAA			
7. ¿Este menor asiste a una escuela pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, qué grado ha completado: _____			
8. ¿Qué horas asistirá el menor a la guardería durante el año escolar: _____			
9. ¿El menor sólo asiste a la guardería antes o después de la escuela durante el año escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. Marque con un círculo los días que el niño asistirá a la guardería: D L M M J V Sáb			
11. El niño asistirá a la guardería al menos una hora de lunes a viernes de 19 a 6 horas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 3 Información del menor --

Menor 2

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón	Fecha de nacimiento (FDN):	SSN (opcional):
Raza:	¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Opciones de Raza: • Indio Americano o Nativo de Alaska • Asiático • Negro o afroamericano • Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico • Blanco	
1. ¿Cuál es la relación del niño con el padre?			
2. ¿NECESITA EL MENOR UNA BECA DE CUIDADO INFANTIL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿El (La) menor tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. ¿Recibe el niño actualmente SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el importe de la carta del SSI: \$ _____			
5. ¿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			
6. ¿Está este menor en un preescolar Financiado por el Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio? MM/DD/AAAA			
7. ¿Este menor asiste a una escuela pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, qué grado ha completado: _____			
8. ¿Qué horas asistirá el menor a la guardería durante el año escolar: _____			
9. ¿El menor sólo asiste a la guardería antes o después de la escuela durante el año escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. Marque con un círculo los días que el niño asistirá a la guardería: D L M M J V Sáb			
11. El niño asistirá a la guardería al menos una hora de lunes a viernes de 19 a 6 horas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 4

Inicial

Sección 5 inicial, confirmando que el solicitante está aprobado por la TCA y:

1. **El cliente está o ha sido aprobado para una actividad aprobada por la TCA que comienza dentro de los 10 días hábiles siguientes a la presentación de la Referencia TCA**
2. **El gestor de casos TCA/MORA del DHS ha incluido las horas, los días por semana y la ubicación de la actividad aprobada de cada jefe de familia**
3. **Sólo los menores que figuren en esta referencia recibirán una beca de cuidado infantil**
4. **Si la TCA está activa y el cliente quiere añadir otro menor al hogar que necesita una beca, el cliente debe ponerse en contacto con el gestor de casos de la TCA/MORA y pedirle que rellene el formulario de cambio de circunstancias**

Completar la referencia del DHS para la Beca de Cuidado Infantil autoriza a la Oficina de Cuidado Infantil de Maryland a otorgar una Beca de Cuidado Infantil para un padre aprobado para TCA y que participa en una actividad aprobada por TCA/MORA. Los beneficios de la Beca de Cuidado Infantil se proporcionan con cargo al erario público y la información contenida en la Referencia y la información de apoyo de TCA o MORA es verdadera. La Central 2 de CCS verificará el estado de aprobación de la TCA en el momento de la remisión y denegará cualquier caso que no esté en estado activo de TCA. La Central 2 de CCS sólo proporcionará becas a los menores enumerados en la sección 4 de la referencia y basará la unidad de cuidado en las horas solicitadas por el Caso DHS. Las horas se deben basar en las actividades aprobadas por la TCA y en el tiempo de traslado desde el Programa de Cuidado Infantil hasta la actividad aprobada. Si la actividad aprobada del cliente de la TCA es en un programa de cuidado infantil, no se autorizará el tiempo de traslado. La inscripción y la verificación de que el menor/familia al que se le ha concedido una Beca de Cuidado Infantil cumple los requisitos de elegibilidad para la TCA y una actividad aprobada pueden ser verificadas con fines de auditoría federal y estatal. En la redeterminación, si el padre ya no es elegible para TCA, la familia debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad para el Programa de Becas de Cuidado Infantil (CCS), completar una Solicitud CCS y proporcionar la documentación de apoyo para que la Solicitud CCS sea aprobada o negada.

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.

Consentimiento para divulgar información:

Al firmar a continuación, autorizo al Departamento de Educación del Estado de Maryland, Oficina de Cuidado Infantil, 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: prueba de actividad de TCA, empleo, registros financieros (incluyendo registros bancarios), 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 entre la Oficina de Cuidado Infantil de Maryland y el Programa Head Start que solicita servicios en nombre del Jefe de Familia inscrito en un Programa Head Start de Maryland. Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original.

DIRECCIÓN DE LA ACTIVIDAD APROBADA POR EL TCA**Tipo de actividad aprobada:**

- Trabajo
 Formación
 Educativa
 Otro: _____

Nombre y cargo de la persona de contacto para la actividad aprobada:

Número de teléfono de contacto para la actividad aprobada:

La firma y la fecha del personal del DHS/MORA que figura a continuación autoriza a la Central 2 de CCS a otorgar una beca de cuidado infantil para el menor o los menores en el recuento del hogar de una familia que ha sido aprobada para la TCA.

Fecha: MM/DD/AAAA

Firma del personal del DHS/MORA

NOMBRE IMPRESO DEL PERSONAL DEL DHS/MORA

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE DHS/MORA

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Número de teléfono de contacto del DHS/MORA

LAS REMISIONES QUE NO ESTÉN FIRMADAS Y FECHADAS NO SERÁN DEVUELTAS Y NO PODRÁN SER PROCESADAS.

No se aceptan las firmas electrónicas del gestor de casos del DHS. Debe presentarse dentro de los 45 días después de la fecha registrada. La fecha de inicio de la beca **no** puede ser anterior a la fecha recibida por CCS Central 2 **y** no puede comenzar más de 10 días hábiles después de la fecha de inicio de la actividad de TCA.