



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES
 CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Solicitud de CCSP
CCSP Application

Fecha: _____

 PADRE/TUTOR

 NUMERO DE CASO

 DOBLE

Estimado solicitante:

Procesaremos su solicitud de un subsidio para cuidado de niños y determinaremos la elegibilidad una vez que usted haya proporcionado la siguiente información:

- Solicitud de CCSP (debe llenar una solicitud de cuidado infantil, incluso si está en una actividad WorkFirst).
- Proporcionar pruebas de todos los ingresos que su hogar haya recibido durante los últimos tres meses (por ejemplo, comprobantes de pago, manutención de niños, Ingreso del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y cualquier otro ingreso recibido por algún integrante de familia). Incluya su cronograma de empleo. No es necesario que proporcione pruebas del ingreso por asistencia en efectivo del estado (TANF).
- Si usted ha sido recientemente empleado y no tiene comprobantes de pago, aceptaremos una constancia de su empleador que incluya la fecha de contratación, el monto que gana (por hora, salario, etc.) y el cronograma que tendrá. Si su empleador no puede confirmar esta información, aceptaremos una declaración verbal o por escrito de usted. Cuando haga una declaración verbal o por escrito, usted debe entregar una copia de su talón salarial dentro de los 60 días siguientes a la aprobación
- Prueba de cualquier pago de manutención de niños ordenado por un tribunal o dispuesto por una orden administrativa en los últimos tres meses.

Puede averiguar si el desarrollo de su bebé o niño esté dentro de lo esperado o si necesita un poco de práctica adicional para estar preparado para la escuela. Para hacerlo, puede llenar un cuestionario gratuito sobre el desarrollo del niño llamando a la línea de ayuda de salud familiar al 1-800-322-2588 o visitando el sitio de internet Parent Help 123 en <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> para conocer más.

Los niños tienen el derecho humano básico de estar seguros. El maltrato y el descuido amenazan la seguridad de los niños poniéndolos en riesgo de lesiones físicas y emocionales, e incluso de muerte. Si sospecha que un niño es víctima de maltrato o descuido, llame sin costo a la línea del DCYF 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Solicitud de CCSP (CCSP Application)

La información incompleta puede demorar la aprobación para servicios y pago. A máquina o en letra de imprenta.

Cuidado infantil por temporada

Los postulantes deben:

- **Vivir en** los condados de Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom o Yakima;
- **Trabaja en** empleo basado en la agricultura que incluye cultivo, producción, cosecha o procesamiento de árboles de frutas o maíz.

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NUMERO DE ID DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE		SSN (OPCIONAL)	NUMERO DE TELEFONO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ORIGEN ÉTNICO / RAZA DEL SOLICITANTE
			SEXO DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Su familia se encuentra sin hogar? Sí No (Algunos ejemplos: vivir en un motel, albergue, vivienda de transición, automóvil, espacio público o como invitado debido a la pérdida de su vivienda o dificultades económicas.)
 ¿Usted es un padre o tutor legal que ha recibido servicios de beneficencia pública en el Estado de Washington en los últimos seis (6) meses y que ha sido derivado para cuidado infantil como parte del plan de su caso? Sí No (Si contestó que sí, llame al 1-844-626-8687 para ver si cumple los requisitos para un proceso acelerado de su solicitud).

NIÑOS POR LOS QUE USTED ES RESPONSABLE QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/ FEMENINO	ORIGEN ÉTNICO (OPCIONAL)	SSN (OPCIONAL)	CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL DE EE. UU.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DETERMINACIÓN DE SI SU HOGAR ES DE UNO O DOS PADRES (REQUISITO)

¿Vive con un cónyuge o con otro padre/madre/tutor de alguno de sus hijos? Sí No
 Si contestó no, llene el formulario de Declaración de Padre/Madre Soltero(a) DCYF 27-164, y entréguelo con su solicitud.
 Si contestó sí, llene la siguiente información.

NOMBRE DEL CONYUGE O DEL OTRO PADRE/MADRE	FECHA DE NACIMIENTO	SSN (OPCIONAL)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	PARENTESCO CON LOS NIÑOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

SOLICITANTE

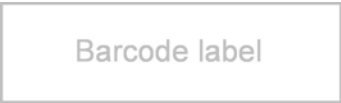
CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE / TUTOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA	NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA
DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA)	DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA)
NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO	NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO
SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO (ANTES DE IMPUESTOS, INCLUYA PROPINAS)? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$	SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO (ANTES DE IMPUESTOS, INCLUYA PROPINAS)? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$

FUENTES MENSUALES DE INGRESOS GANADOS Y NO GANADOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Incluya copias (correspondientes a los últimos tres meses):	NOMBRE USTED MISMO	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
Empleo (bruto, antes de impuestos incluya)				
Empleo independiente				
Asistencia pública (TANF, ABD, etc)				
Manutención para niños recibida				
Seguro Social (SSI, SSA)				
Beneficios de VA, Discapacidad, Labor e industrias (L&I) o desempleo				
Ciegos, ancianos o discapacitados (beneficios ABD)				

¿Paga usted manutención para niños por orden judicial? Sí No Monto mensual: \$



RECURSOS DISPONIBLES

¿Cuenta con recursos disponibles por un valor de \$1,000,000.00 o más? Sí No

Algunos ejemplos de recursos disponibles son: efectivo, cuentas bancarias, acciones y valores, cuentas de inversión, bienes raíces.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PADRE / TUTOR

SOLICITANTE		CONYUGE O SEGUNDO PADRE/TUTOR
ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./P.M.		ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./P.M.
	¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD?	¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD?
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

En qué fecha comenzará el cuidado de niños:

Solicitante: Si lo sabe, ¿cuánto le lleva llegar desde su proveedor hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)?

Otro padre/tutor: Si lo sabe, ¿cuánto le lleva llegar desde su proveedor hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)?

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS. PARA NIÑOS ADICIONALES, ADJUNTE UNA HOJA APARTE CON SU INFORMACIÓN.

NOMBRE DE LOS NIÑOS	CRONOGRAMA ESCOLAR (DÍAS Y HORAS EXACTOS)	CRONOGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS (DÍAS Y HORAS EXACTOS)

¿Sus niños de edad escolar necesitarán de cuidado durante las vacaciones escolares y de verano? Sí No

¿Tiene usted un niño con necesidades especiales? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, comuníquese con el asistente social autorizado para obtener información sobre las tarifas correspondientes a necesidades especiales.

Derecho a audiencia WAC 110-15-0280

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigencia de la medida o previo a éste, o antes de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, Si usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Declaro bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta declaración según mi leal saber y entender es verdadera, correcta y completa, y comprendo que de falsificar voluntariamente esta información me hace sujeto de penas dispuestas por la Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL PRIMER PADRE/TUTOR	FECHA	FIRMA DEL SEGUNDO PADRE/TUTOR	FECHA
------------------------------	-------	-------------------------------	-------

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades. Nadie será excluido debido a su raza, color, religión, credo, nacionalidad, género, edad o estado civil, ni por ser un veterano discapacitado o veterano de la era de Vietnam, ni por alguna discapacidad.