DPHHS-HCS/CC-010
(Rev. 01/11)

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS
PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene alguna consulta, llame a su Oficina local de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.

Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings: *Programa de Asistencia para Cuidado Infantil de Montana, para ayudar a las familias del estado a pagar los costos de cuidado infantil.*

¿Cómo presento la solicitud?

Complete el paquete de solicitud, fírmelo y entréguelo con toda la documentación requerida a su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) local.

- *En la página 2 de esta solicitud encontrará una lista de verificación.*

¿Qué debemos hacer mi familia y yo para cumplir con los requisitos?

El Programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings está a disposición de las familias que cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad:

Sea elegible por ingresos:

- El ingreso de su familia debe ser inferior al 150% del nivel federal de pobreza.
- PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP): consulte sobre elegibilidad expresa.

Cumpla con los requisitos de empleo y capacitación

- Un hogar con los dos padres necesita cubrir 120 horas de trabajo al mes (por ejemplo: las horas de trabajo pueden dividirse entre ambos padres. Uno de los padres puede cumplir con los requisitos de trabajo mientras que el otro asiste a la escuela a tiempo completo).
- Un hogar con uno de los padres necesita cubrir 60 horas de trabajo al mes.
- Un único progenitor que asiste a la escuela tiempo completo necesita cubrir 40 horas de trabajo cada mes.

Colabore con Cumplimiento de Manutención de Menores

- Las familias con uno de los padres ausente del hogar deben cumplir con las disposiciones de la División de Cumplimiento de Manutención de Menores o deben recibir manutención de menores por orden judicial.

¿Cuánto tardará?

Puede tomar hasta 30 días procesar su solicitud. Si el hogar es elegible, los beneficios pueden comenzar el día en que presentó su solicitud firmada siempre que se reciba la documentación requerida dentro de los 30 días siguientes. Los beneficios no pueden ser retroactivos. Evite posibles demoras en el servicio presentando toda la documentación requerida con su solicitud.

¿Es necesario realizar una entrevista?

Sí, es necesaria antes de poder determinar si es elegible para obtener la ayuda. Su entrevista puede ser en persona o por teléfono. Su solicitud puede ser rechazada si no completa una entrevista.

¿Tendré que pagar algo?

Sí, pagará una parte de los costos del cuidado diurno. La cantidad dependerá de su ingreso y el tamaño de su familia. Es lo que se denomina copago. Su proveedor también puede cobrar tarifas que sean más altas de lo que paga el programa de subsidios. Cada mes usted deberá pagar a su proveedor la suma del copago y la diferencia, si la hay, entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el estado.

Solicitud y documentación complementaria
Lista de verificación e instrucciones

✓ **Marque los siguientes documentos que ha entregado.**

FORMULARIOS DE SOLICITUD (incluidos en el paquete)	DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
❑ **SOLICITUD** • Completada y firmada. • Si hay 2 adultos en su familia, ambos deben firmar la solicitud. • Incluye una Divulgación de información que debe completarse. ❑ **INFORMACIÓN SOBRE INTEGRANTES ADULTOS DEL HOGAR** • Asegúrese de detallar su programa de trabajo o estudio. ❑ **INFORMACIÓN SOBRE INTEGRANTES MENORES DEL HOGAR** • Asegúrese de detallar el plan escolar de sus hijos. ❑ **DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN LABORAL** • Debe ser completado por su empleador. • Complete la parte de Divulgación del Solicitante y envíelo a su empleador para que lo complete. ❑ **DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ESTUDIOS O CAPACITACIÓN** • Debe completarlo un funcionario escolar. • Complete la parte de Divulgación del Solicitante y envíelo a su escuela para que lo completen. ❑ **PLAN DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES** • Debe completarlo con su proveedor de cuidado infantil. • Se requiere un formulario aparte para cada proveedor de cuidado infantil. • Se documentarán sólo las horas en que se necesita cuidado infantil para cada niño, incluidas las horas de comienzo y finalización del cuidado. ❑ **VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE MENORES o MOTIVO SUFICIENTE PARA NEGARSE A COLABORAR** ❑ **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA FAMILIA** ❑ **REQUISITOS DE INFORMES** ❑ **VERIFICACIÓN DE TRABAJO AUTÓNOMO** ❑ **PROCEDIMIENTOS DE DERECHO A APELAR**	❑ **IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA** (para todos los adultos) • Identificación expedida por el gobierno • Pasaporte • Licencia de conducir de Montana • Tarjeta de identificación escolar ❑ **VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA** • Recibo de servicio público • Contrato de renta o arrendamiento • Contrato de hipoteca • Licencia de conducir de Montana ❑ **CERTIFICADOS DE NACIMIENTO** • Copias de prueba de edad para cada niño que recibirá asistencia para cuidado infantil. ❑ **CIUDADANÍA** • Tarjeta de seguro social ❑ **PROGRAMA DE TRABAJO** • 2 meses **consecutivos** de talones de pago, dentro de los 60 días anteriores. ❑ **PROGRAMA ESCOLAR** • Para todos los inscritos y que asisten a la escuela. ❑ **INGRESOS** • Prueba de todos los ingresos ganados recibidos por usted y cualquier otro adulto de su familia. • Prueba de todos los ingresos no ganados recibidos por usted y cualquier otro adulto de su familia. Los ingresos no ganados son, por ejemplo: dividendos e intereses, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por su sigla en inglés) y manutención de menores. ❑ **TRABAJADORES AUTÓNOMOS** • Copia de su licencia comercial • Su declaración federal de impuestos más reciente completada y presentada • Registros de ingresos y gastos u otra documentación de ingreso bruto ajustado y gastos deducibles por actividad comercial

Si no está seguro, consulte a su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil local sobre formas aceptables de prueba.

DPHHS-HCS/CC-010
(Rev. 01/11)

Programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings

SOLICITUD DE SUBSIDIO

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ELEGIBILIDAD DE CCR&R (Recursos y Referencias de Cuidado Infantil)	
NÚMERO DE CASO/ EVENTO DEL CASO	
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	
FECHA DE COMIENZO DE ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELEGIBILIDAD FECHA DE DETERMINACIÓN	SELLO DE FECHA DE R&R
NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL	

1. Indique la principal razón por la que solicita asistencia para cuidado infantil.

¿Cómo se compone su hogar? ☐ hogar de un solo padre/ madre ☐ hogar con los dos padres	¿Es un padre **ADOLESCENTE**? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál es la razón principal por la que necesita asistencia para cuidado infantil? ☐ horas de trabajo ☐horas escolares ☐ otros:	
¿Ha solicitado o recibido alguna vez asistencia para cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? ¿Dónde? (ciudad, condado, estado)	
¿Ha sido descalificado alguna vez para recibir asistencia para cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? ¿Dónde? (ciudad, condado, estado)	
¿Es un participante de SNAP? ☐ Sí ☐No Si participa en el programa SNAP, consulte sobre la elegibilidad expresa antes de completar el resto de esta solicitud.	

2. ¿Quién es la Parte Responsable?

Es el solicitante que está pidiendo la asistencia de cuidado infantil y asume la responsabilidad de seguir las reglas y requisitos del programa, incluidas las sanciones y el pago de beneficios que se concedieron de más.

- Incluya la ***prueba de identidad***, como por ejemplo, una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, pasaporte, tarjeta de identificación escolar o certificado de nacimiento.
- Incluya la ***prueba de su residencia***, como uno de los elementos mencionados o una copia de una factura reciente de servicio público, contrato de arrendamiento o hipoteca.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE
OTROS NOMBRES QUE PUEDE HABER TENIDO O USADO EN EL PASADO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
DIRECCIÓN (física)				
CIUDAD	ESTADO	C.P	CONDADO	RESERVA TRIBAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)				
CIUDAD	ESTADO	C.P	CONDADO	RESERVA TRIBAL
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO LABORAL		OTRO TELÉFONO	
¿Cuál es el idioma que prefiere **hablar**?	¿Cuál es el idioma que prefiere **por escrito**?		¿Necesita un intérprete? ☐Sí ☐No	

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

3a. INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Adultos

Enumere a todos los integrantes adultos requeridos del hogar (de 18 años o más) según su vínculo con los niños para los que se solicita subsidio:

- padres biológicos, adoptivos o padrastro/ madrastra de una familia intacta, independientemente de sus disposiciones de alojamiento; esto incluiría a un padre/ madre en la cárcel o que trabaja y vive fuera de la ciudad;
- padres por matrimonio consensual;
- padres unidos por un hijo común;
- adulto que actúa en lugar de los padres.

Enumere a los integrantes adultos opcionales del hogar (de 18 años o más), sólo si desea incluirlos en la determinación de elegibilidad:

- hermanos adultos de 18 años o más (no es un requisito de la División de Cumplimiento de Manutención de Menores [CSED]);
- tíos;
- abuelos o bisabuelos;
- pareja del padre/ madre.

Debe completarse un "formulario de información de integrantes adultos del hogar" para todos los adultos que se indiquen a continuación.

Parentesco con usted	Nombre completo	Trabaja	Horas al mes	Asiste a la escuela	Horas al mes
YO		☐ Sí ☐ No		☐Sí ☐No	
		☐ Sí ☐ No		☐Sí ☐No	
		☐ Sí ☐ No		☐Sí ☐No	

3b. INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Niños

Integrantes del hogar menores de edad (17 años o menos)

- Hermanos menores, de 17 años o menos, incluidos hermanastros y medio hermanos; **enumere a los niños en orden de mayor a menor;**
- niños que reciben beneficios en efectivo del programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) u otros subsidios, como integrante del hogar.

Debe completarse un "formulario de información de integrantes menores del hogar" para todos los niños mencionados a continuación.

- Incluya una prueba de su parentesco con el niño, como un certificado de nacimiento, registro de adopción o declaración de custodia legal;
- incluya prueba de la edad de cada niño, como su certificado de nacimiento;
- incluya prueba de ciudadanía o condición migratoria de cada niño que necesita asistencia de cuidado infantil, como certificado de nacimiento, registro de adopción o tarjeta del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

Parentesco con usted	Nombre completo	Asiste a la escuela	Recibe manutención de menores	Solicita cuidado infantil
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

4. INGRESOS

Indique todo ingreso recibido por usted y todos los miembros de su familia.

- Incluya el ingreso recibido por integrantes de la familia temporalmente ausentes de su hogar.
- Incluya pruebas de todos los ingresos: talones de pago, carta firmada de un empleador o registros de impuesto a las ganancias.

Complete el **"Formulario de Verificación de Ingresos de Empleados Autónomos"** si usted o alguien de su familia está empleado de esa manera.

Complete esta sección para cada tipo de ingreso ganado o no ganado que usted o alguien de su familia reciba.

- Incluya prueba de todos los ingresos: talón de pagos, carta de asignación, formulario de ayuda financiera o declaración escrita de la fuente del ingreso.

Los participantes de SNAP no necesitan completar las secciones 4 ni 5.

INGRESOS GANADOS

Nombre • **de la persona que obtiene el ingreso**	**Fuente de ingreso** • **incluido el nombre de empleador**	**Monto mensual bruto antes de deducciones**

INGRESOS NO GANADOS

Fuente de ingreso	**SÍ**	**NO**	**Nombre de la persona que recibe el ingreso**	**Monto mensual bruto antes de deducciones**
Pagos de manutención de menores				
Asistencia pública				
Seguro de desempleo				
Beneficios de seguro				
Beneficios de veteranos				
Seguro social				
Seguridad de ingreso suplementario				
Préstamos estudiantiles				
Intereses/ dividendos				
Pagos tribales				
Otros: especifique				

5. DEDUCCIONES

Tipo de gasto (deducción)	**Nombre de la persona a la que se paga**	**Monto mensual bruto**
Manutención de Menores: pagada, para niños que no viven en el hogar		

6. ESTAS SON SUS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN A SU PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

	Iniciales	*(Coloque su inicial en cada punto a medida que lee)*
1.		Elegiré un centro autorizado, un hogar familiar o grupo registrado, o un proveedor autorizado (amigo o pariente) antes de recibir un Subsidio Estatal de Cuidado Infantil. No se paga un subsidio estatal de cuidado infantil si el proveedor no tiene un número de pago estatal actual. Esto puede producirse si el número de pago del proveedor autorizado, registrado o certificado del centro de cuidado infantil no está aprobado, ha finalizado o ha vencido.
2.		Comprendo que soy el único responsable de cualquier acuerdo que haya celebrado con mis proveedores de cuidado infantil.
3.		Abonaré un copago mensual al proveedor de cuidado infantil. Si no pago esa suma, o no hago arreglos satisfactorios, perderé la elegibilidad para asistencia de cuidado infantil.
4.		Comprendo que el proveedor de cuidado infantil puede establecer sus propias tarifas. Pueden cobrar tarifas o comisiones además de la obligación del copago del programa de cuidado infantil. Soy responsable de pagar cualquier monto que supere los precios estatales.
5.		Comprendo que si se me proporciona cuidado infantil en mi hogar, el proveedor es mi empleado o un contratista independiente. Como empleador, puedo ser responsable de todas sus obligaciones de empleo: seguro de indemnización laboral e impuestos sobre el trabajo. Hay información adicional disponible en mi Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.
6.		Si cambio de proveedor, soy responsable de notificárselo al actual.

7. ESTOS SON SUS DERECHOS

	Iniciales	*(Coloque su inicial en cada punto a medida que lee)*
1.		Tengo derecho a elegir mi proveedor de cuidado infantil.
2.		Tengo derecho a acceder a mi hijo en cualquier momento en el que esté recibiendo cuidado infantil.
3.		Dentro de los 10 días calendario posteriores a perder un empleo o estar por debajo del requisito mínimo de trabajo, puedo solicitar un período de gracia. Sin embargo, si no informo dentro de los 10 días calendario posteriores, no se me permitirá un período de gracia y no seré elegible para recibir servicios de cuidado infantil. Comprendo que puedo ponerme en contacto con mi CCR&R local para obtener más información.
4.		Me notificarán cualquier reducción de mi subsidio de cuidado infantil antes de la fecha en que finaliza la certificación si se produce un cambio antes de la fecha de vencimiento del plan de certificación. Se me enviará una carta por correo 15 días calendario antes de cualquier pérdida de beneficios. No se me enviará carta alguna si el plan de certificación simplemente vence.
5.		Tengo derecho a apelar cualquier pérdida de subsidio. Presentaré una solicitud para una audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la recepción del aviso sobre la pérdida del subsidio.
6.		Comprendo que el proveedor de cuidado infantil no puede discriminar.
7.		Tengo derecho a que mi proveedor me notifique si una acción negativa respecto de la licencia afecta mi elegibilidad.
8.		Tengo derecho a recibir cada mes una explicación de beneficios (EOB) que demuestre el servicio de cuidado pagado por el estado.

8. RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

	Iniciales	*(Coloque su inicial en cada punto a medida que lee)*
1.		Comprendo que este subsidio de cuidado infantil está disponible sólo durante actividades aprobadas, lo que puede ser inferior a los límites máximos indicados en el plan de certificación de cuidado infantil.
2.		Informaré sobre cualquier cambio de proveedor de cuidado infantil como mínimo un día antes del cambio, ya que no hacerlo dará como resultado la pérdida de los beneficios.

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

3.		Informaré sobre los siguientes cambios dentro de los 10 días calendario siguientes a mi Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil local: • cambio de empleo de cualquier miembro del hogar; • pérdida de empleo a menos de 120 horas por mes en una familia con ambos padres o 60 horas al mes en una familia con un solo progenitor (40 si asiste a la escuela a tiempo completo); • cambios de residencia o dirección postal; • pérdida o adición de un integrante al hogar; • cambios en asistencia escolar; y • apertura o cierre de un caso de manutención en la División de Cumplimiento de Manutención de Menores de Montana u otro estado, cualquier cambio en el monto de manutención recibido por orden judicial aprobada o cualquier cambio en el motivo suficiente para no solicitar manutención de menores.
4.		No informar sobre cambios dentro de los 10 días calendario posteriores puede conllevar uno o más de los siguientes resultados: • pérdida del subsidio de cuidado infantil; • devolución del pago del subsidio de cuidado infantil durante el período en que no era elegible.
5.		Soy responsable de pagar mi propio cuidado infantil hasta que se determine que mi familia es elegible para recibir asistencia. La asistencia de subsidio Best Beginnings no puede pagarse antes de la fecha de presentación de esta solicitud.
6.		Si no hay en vigencia una lista de espera, se puede aprobar la elegibilidad presunta sobre la base de la información suministrada en el paquete de solicitud. Comprendo que la asistencia para cuidado infantil no continuará más allá del período de 30 días a menos que toda la documentación sea presentada y se verifique la elegibilidad.
7.		Comprendo que mi subsidio Best Beginnings terminará si mi familia ya no es elegible o si los fondos del programa ya no están disponibles.
8.		Comprendo que soy responsable de hacer y guardar copias de todos los documentos que presente a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.
9.		Comprendo que si se produjera un error en relación a mi caso, puedo ser completamente responsable de cualquier sobrepago, independientemente de quién cometió el error, y que puedo tener que completar un acuerdo y devolver la totalidad o parte de las sumas recibidas por el programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings. (CC6-8; página 1 de 4)

Certifico que todas las respuestas que he dado son verdaderas, correctas y completas. Comprendo que la falsificación, tergiversación u omisión de datos en esta solicitud (o en cualquier documento que la acompañe) será causa de denegación o finalización de los beneficios del Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings, independientemente de cuándo o cómo se descubrieron las falsificaciones. Comprendo que debo volver a presentar la solicitud de asistencia periódicamente y que mi elegibilidad se volverá a determinar en ese momento.

_____ _____

Firma del solicitante (o representante autorizado) Fecha

_____ _____

Firma del cónyuge/ otro adulto Fecha

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Autorización para Divulgar Información/ Solicitud de Verificación

Se necesita cierta información para determinar la elegibilidad. Esto incluye residencia, parentesco, asistencia escolar, composición del hogar, ingresos y otras circunstancias pertinentes a la necesidad de cuidado infantil.

El Departamento o esta agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil pueden pedir información sobre cualquiera de los temas involucrados en el Paquete de Solicitud de Elegibilidad de Best Beginnings. Usted tiene derecho a proporcionar cualquier información adicional necesaria para determinar la elegibilidad. Si no puede reunir por sí solo la información que le piden, es posible que el representante del Departamento le sea de ayuda. Como se trata de su información confidencial, debe dar su consentimiento para que su representante de la CCR&R lo ayude.

Solicitante: coloque su **inicial** **una vez** y **firme** al pie

_____ Doy mi consentimiento al Departamento y a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil para que reúna la información necesaria para determinar mi elegibilidad y la de mi familia. Esta autorización vence un año después de la fecha en que se firma esta solicitud. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.	_____ **NO DESEO** firmar una autorización para divulgar información. Comprendo que debido a temas de confidencialidad, el Departamento y la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil no podrán ayudarme a reunir la información necesaria para determinar la elegibilidad. Elijo proporcionar la documentación necesaria por mí mismo.

Por el presente documento afirmo que las declaraciones incluidas en esta solicitud son verdaderas, completas y exactas a mi leal saber y entender. Comprendo que debo volver a presentar la solicitud de asistencia periódicamente y que mi elegibilidad se volverá a determinar en ese momento.

_____ _____

Firma del solicitante (o representante autorizado) Fecha

Cónyuge/ otro adulto: coloque su **inicial** **una vez** y **firme** al pie

_____ Doy mi consentimiento al Departamento y a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil para que reúna la información necesaria para determinar mi elegibilidad y la de mi familia. Esta autorización vence un año después de la fecha en que se firma esta solicitud. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.	_____ **NO DESEO** firmar una autorización para divulgar información. Comprendo que debido a temas de confidencialidad, el Departamento y la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil no podrán ayudarme a reunir la información necesaria para determinar la elegibilidad. Elijo proporcionar la documentación necesaria por mí mismo.

Por el presente documento afirmo que las declaraciones incluidas en esta solicitud son verdaderas, completas y exactas a mi leal saber y entender. **Comprendo que debo volver a presentar la solicitud de asistencia periódicamente y que mi elegibilidad se volverá a determinar en ese momento.**

_____ _____

Firma del cónyuge/ otro adulto Fecha

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

DPHHS-HCS/CC-151
(New 01/11)

Programa de Subsidio
de Cuidado Infantil Best Beginnings

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE MIEMBROS ADULTOS EN EL HOGAR

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ELEGIBILIDAD DE CCR&R (Recursos y Referencias de Cuidado Infantil)	
NÚMERO DE CASO/ EVENTO DEL CASO	
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	
FECHA DE COMIENZO DE ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELEGIBILIDAD FECHA DE DETERMINACIÓN	SELLO DE FECHA DE R&R
NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL	

INFORMACIÓN PERSONAL GENERAL

GÉNERO: ☐ femenino q masculino	¿Afinidad étnica? (opcional) ☐ hispano/ latino ☐ no hispano/ latino		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (*opcional*)	Residente del estado: ☐ Sí ☐ No
RAZA: ❑asiática ❑ negra o afroamericana ❑ caucásica o blanca ❑ indígena estadounidense ❑ nativo hawaiano o habitante de las islas del Pacífico ❑ nativo de Alaska			¿Afiliación tribal? ☐ No ☐ Sí Tribu _____
Nombre del solicitante	Parentesco con el solicitante		
ESTADO CIVIL: ☐ casado ☐ divorciado ☐ separado ☐ soltero			

EMPLEADORES

- HAGA una lista de empleadores para esta persona
- Adjunte dos meses consecutivos de talones de pago para todos los empleadores, de los 60 días anteriores.
- Se debe completar un formulario de verificación de empleador para cada empleador que figure a continuación, del cual usted debe firmar la parte de divulgación.
- Si es trabajador autónomo, debe completar el formulario de verificación de empleo autónomo.

EMPLEADOR N.° 1			
NOMBRE DEL EMPLEADOR			N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TARIFA POR HORA
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO	FECHA DE PRIMER PAGO	FECHA DE ÚLTIMO PAGO	CANT. DE HORAS POR MES

EMPLEADOR N.° 2			
NOMBRE DEL EMPLEADOR			N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TARIFA POR HORA
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO	FECHA DE PRIMER PAGO	FECHA DE ÚLTIMO PAGO	CANT. DE HORAS POR MES

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre del solicitante

ESCUELA

¿Asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No	¿Último grado completado?	Título o certificado obtenido:
Si la respuesta es afirmativa, complete la información solicitada a continuación. • Adjunte su programa escolar • Adicionalmente puede ser necesario adjuntar un formulario de verificación de estudios o capacitación de su escuela, del cual firmará la parte de divulgación.		

Nombre de la escuela	Grado actual	¿Primer día de clase?	¿Último día de clase?

PROGRAMA MENSUAL (cuando necesita cuidado infantil)

Indique las horas en las que no puede cuidar a sus hijos debido a sus actividades laborales o escolares.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

Si el calendario varía, explique:

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

DPHHS-HCS/CC-152
(Nuevo 01/11)

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ELEGIBILIDAD DE CCR&R (RECURSOS Y REFERENCIAS DE CUIDADO INFANTIL)	
NÚMERO DE CASO/ EVENTO DEL CASO	
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	
FECHA DE COMIENZO DE ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELEGIBILIDAD FECHA DE DETERMINACIÓN	SELLO DE FECHA DE R&R
NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL	

Programa de Subsidio
de Cuidado Infantil Best Beginnings

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE MIEMBROS DEL HOGAR DEL NIÑO

INFORMACIÓN PERSONAL GENERAL

SEXO: ☐ Femenino ☐ Masculino		¿Afinidad étnica? (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/Latino	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *(opcional)*	Residente del estado: ☐ Sí ☐ No
CIUDADANO ESTADOUNIDENSE: Si se trata de un menor que requiere cuidados, ¿es ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No			
RAZA: ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Caucásico/Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Nativo hawaiano/Habitante de las islas del Pacífico ☐ Nativo de Alaska			¿Afiliación tribal? ☐ Sí ☐ No Tribu _____
Nombre del solicitante (jefe de familia)		Relación con el solicitante	

NECESIDADES ESPECIALES

¿El menor tiene necesidades especiales o usted está preocupado por necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, consulte a su asistente social sobre servicios adicionales para niños con necesidades especiales.

EDUCACIÓN

¿El menor asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, complete la información solicitada a continuación.		¿Último grado cursado?	
Nombre de la escuela	Grado actual	¿Primer día de clase?	¿Último día de clase?

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

DÍAS Y HORARIOS DE ASISTENCIA A LA ESCUELA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre del solicitante

MANUTENCIÓN DE MENORES

¿El menor tiene un padre/ madre que no vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Las familias con uno de los padres ausente del hogar deben cumplir con las disposiciones de la División de Cumplimiento de Manutención de Menores o deben recibir manutención de menores por orden judicial.

- A continuación, marque cómo cumple con los requisitos de manutención de menores.

☐ Colaboración con la CSED	N.º de caso de la CSED	¿De dónde proviene la manutención de menores?	¿Cantidad mensual?
☐ Plan de paternidad aprobado judicialmente		¿De dónde proviene la manutención de menores?	¿Cantidad mensual?

☐ Alega motivo suficiente (*consulte el formulario sobre motivo suficiente*)

Indique con qué estado o tribu colabora

CUSTODIA COMPARTIDA/RÉGIMEN DE VISITAS

Si su hijo pasa cierto tiempo con su otro progenitor, describa el régimen de visitas o los acuerdos de custodia compartida: indique la hora y el día en el que el menor está con usted, según el acuerdo de custodia compartida o régimen de visitas.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

Si el régimen varía, explique:

PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL

- *ENUMERE todos los proveedores que prestan servicios para su hijo.*
- *Se debe completar un Plan de Servicios de Cuidados Infantiles por cada proveedor que su familia tenga. El plan debe incluir los horarios en los que el menor se encuentre a cargo del proveedor.*

PROVEEDOR N.° 1

NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **PV N.°**

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

PROVEEDOR N.° 2	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **PV N.°**
PROVEEDOR N.° 3	
NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **PV N.°**

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

DPHHS-HCS/CC-015
(Rev. 01/11)

Programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings

PLAN DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ELEGIBILIDAD DE CCR&R (Recursos y Referencias de Cuidado Infantil)	
NÚMERO DE CASO/ EVENTO DEL CASO	
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	
FECHA DE COMIENZO DE ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELEGIBILIDAD FECHA DE DETERMINACIÓN	SELLO DE FECHA DE R&R
NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL	

INSTRUCCIONES

Cuando usted escoge un proveedor de cuidado infantil, la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) solicita la información que figura a continuación, a fin de completar el plan de certificación de cuidado infantil.

- Utilice un formulario por cada proveedor de cuidado infantil.
- Si cambia de proveedor, entregue un nuevo formulario antes, o bien, dentro de un (1) día hábil para mantener una beca de cuidado infantil.

No se emitirá el pago hasta que sea completado el plan de certificación de cuidado infantil. Usted y su proveedor recibirán una copia del plan de certificación por correo. La certificación indica el período de elegibilidad.

El presente documento no es una solicitud de beca de cuidado infantil. No constituye un contrato. *Esta información se utiliza sólo para tramitar una beca de cuidado infantil. El padre y el proveedor pueden contratar servicios por medio de otro acuerdo.*

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE	N.º DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (Solicite ayuda a su proveedor para completar este formulario)

El proveedor debe tener un número de pago vigente (PV). No se otorgará el pago de la beca si el número de proveedor se vence. Cualquier cambio de tarifa debe presentarse por escrito ante la agencia de Recursos y Referencias antes de efectuarse dicho cambio, y no entrará en vigor hasta el primer día del mes posterior al cambio.

NOMBRE DEL PROVEEDOR				N.º DE LICENCIA DEL PROVEEDOR **PV N.°**
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR				N.º DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
TARIFAS PARA BEBÉS DE 0 A 24 MESES		TARIFAS PARA NIÑOS DE 2 AÑOS EN ADELANTE		N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL DEL PROVEEDOR
$ /día	$ /hora	$ /día	$ /hora	

Tipo de entorno de cuidado infantil:

Institución certificada

☐ **LCP**: Proveedor Autorizado ☐ **LCI**: Proveedor Domiciliario Autorizado

Institución autorizada o registrada

SÓLO PARA USO OFICIAL

La familia reúne las condiciones para acceder al servicio LCI
☐ Sí ☐ No _____
Iniciales del especialista en elegibilidad

Enviado por fax a CCS:
_____
Fecha e iniciales

☐ Hogar de Cuidado Infantil **Familiar** (LRFH) ☐ Hogar de Cuidado Infantil **Grupal** (LRGH) ☐ **Centro** de Cuidado Infantil (LRC)

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

NIÑO N.º 1

Nombre del menor:	Nombre del proveedor:	Fecha de inicio

¿El menor tiene algún vínculo con el proveedor? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique de qué tipo.

HORARIOS Y DÍAS DE CUIDADO INFANTIL

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

☐ El calendario anterior permanece igual durante todo el mes.

☐ El calendario anterior varía durante el mes.

Si el calendario varía, explique:

NIÑO N.º 2

Nombre del menor:	Nombre del proveedor:	Fecha de inicio

¿El menor tiene algún vínculo con el proveedor? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique de qué tipo.

HORARIOS Y DÍAS DE CUIDADO INFANTIL

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

☐ El calendario anterior permanece igual durante todo el mes.

☐ El calendario anterior varía durante el mes.

Si el calendario varía, explique:

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

DPHHS-HCS/CC-159
(Nuevo 1/11)

Programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA VERIFICACIÓN LABORAL

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN ELEGIBILIDAD DE CCR&R (Recursos y Referencias de Cuidado Infantil)	
NÚMERO DE CASO/ EVENTO DEL CASO	
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	
FECHA DE COMIENZO DE ELEGIBILIDAD	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELEGIBILIDAD FECHA DE DETERMINACIÓN	SELLO DE FECHA DE R&R
NOMBRE DEL ASISTENTE SOCIAL	

INDICACIONES para el Solicitante

1. Complete la Sección 1	2. El empleador completará las Secciones 2 y 3	3. PRESÉNTELO EN:

1. EMPLEADO: PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, _____, otorgo mi consentimiento a _____ para que divulgue la información solicitada en este formulario a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) antes mencionada para que determine la elegibilidad de mi familia para el Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

INDICACIONES para el Empleador

La persona antes mencionada ha solicitado un Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings. El Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings ayuda a las familias de Montana que cumplen con los requisitos a pagar los costos de los cuidados infantiles a la vez que participan en actividades para cumplir con los requisitos, como trabajar o asistir a la escuela. La firma anterior del solicitante que realiza la solicitud autoriza la divulgación de información solicitada en este formulario. Al completar este formulario usted brinda información sobre la persona identificada que se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia en cuidados infantiles. Gracias por su colaboración.

2. CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/ ACTIVIDAD COMERCIAL	N.º DE TELÉFONO COMERCIAL
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA/ ACTIVIDAD COMERCIAL	

LEA Y FIRME:
Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Tengo la autoridad para hacer tal verificación a nombre de esta empresa.

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

3. INFORMACIÓN LABORAL Y SALARIAL

Nombre del empleado:			
Nombre del empleador:		Dirección laboral:	
Fecha de inicio del empleo	Fecha de finalización del empleo	Fecha del primer sueldo	Fecha del último sueldo

¿Es un empleado asalariado o por hora?

☐ Asalariado ($_____ por _____)

☐ Por hora ($_____ por hora)

¿Cuál es la frecuencia de pago de este empleado?

☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes

☐ Mensualmente ☐ Otro: _____

Promedio de cantidad de horas de trabajo por semana.		_____ h por semana
¿Cuáles es el salario bruto, los sueldos y las comisiones de este empleado?		$_____ por mes
¿Este empleado recibe propinas o bonos? - Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares.	☐ Sí ☐ No	$_____ por mes
¿Este empleado hace horas extras? - Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares.	☐ Sí ☐ No	$_____ por mes
¿Este empleado recibe beneficios "en especie" (no efectivo) o efectivo como parte de su pago? Por ejemplo, asignación para vivienda, apartamento o alimentos. - Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares. Explique:	☐ Sí ☐ No	$_____ por mes.
¿Este empleado recibe beneficios de cuidado infantil flexibles pagados por la compañía que podrían recibirse en efectivo? Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares. Explique:	☐ Sí ☐ No	$_____ por mes.

CALENDARIO MENSUAL DE TRABAJO

El siguiente calendario de trabajo tiene validez desde:_____ hasta:_____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m	a. m/p. m a a. m/p. m
Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día	Horas al día

☐ El calendario permanece igual durante todo el mes.

☐ El calendario varía cada semana.

Si el calendario de trabajo varía, explique:

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

DPHHS-HCS/CC-156
(New 01/11)

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

REQUISITOS DE INFORMES

Estimado solicitante:

Lea esta carta detenidamente. Contiene información sobre sus responsabilidades como solicitante del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings, sobre fraude en cuidado infantil y las consecuencias de dar información falsa. Si tiene preguntas, llame a su Especialista en Elegibilidad de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R).

Informar sobre cambios

Debe informar sobre todos los cambios requeridos a su CCR&R local dentro de los 10 días calendario una vez que éstos tengan lugar. Hable con su Especialista en Elegibilidad si no está seguro de informar o no sobre un cambio en particular.

Los siguientes cambios debe informarlos dentro de los 10 días calendario:

- cambio de empleo de cualquier miembro del hogar;
  - pérdida de empleo a menos de 120 horas por mes en una familia con ambos padres o 60 horas al mes en una familia con un solo progenitor (40 si asiste a la escuela a tiempo completo; 60 si asiste a tiempo parcial);
- cambios de dirección de residencia o postal, o número de teléfono;
- pérdida o adición de un integrante al hogar;
- cambios en asistencia escolar; y
- apertura o cierre de un caso de manutención en la División de Cumplimiento de Manutención de Menores de Montana u otro estado, cualquier cambio en el monto de manutención recibido por orden judicial aprobada o cualquier cambio en el motivo suficiente para no solicitar manutención de menores.

Fraude

El fraude en cuidado infantil se considera hurto. Un fraude que involucre más de $500 es un delito grave. En Montana, una persona que hace una falsa declaración en forma intencional para obtener asistencia o que no notifica a propósito un cambio en las circunstancias que podrían afectar la elegibilidad para recibir asistencia, puede ser culpable de hurto. Si lo condenan por fraude en cuidado infantil, pueden sancionarlo según la ley de Montana.

Políticas de Pago

Los padres son responsables de pagar el copago de su subsidio, los cargos que superen el precio máximo reembolsable que el subsidio puede pagar a los proveedores, y las tarifas por registro y actividades no pagadas por el Subsidio Best Beginnings. Los proveedores autorizados (LCP)/ domiciliarios autorizados (LCI), deben pagar todos los costos asociados con la verificación de antecedentes.

Devolución del pago

Cualquier persona que provoque el pago inapropiado a un proveedor por retener información sobre cualquiera de los cambios mencionados deberá devolver el monto del pago incorrecto. La devolución del pago se hará en una suma única o de acuerdo a un plan de pago detallado.

Con mi firma al pie, declaro que comprendo perfectamente y acepto los requisitos de informes aquí descritos. Si brindo información falsa, incorrecta o incompleta, o no informo sobre los cambios a tiempo, puedo quebrantar la ley y podrían iniciarme una acción judicial por perjurio, hurto o fraude.

_____ _____

Solicitante **Fecha**

_____ _____

Especialista en Elegibilidad de la CCR&R **Fecha**

Iniciales del asistente_____ Fecha_____

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

RECORDATORIOS DEL PROGRAMA

(GUÁRDELO PARA SUS REGISTROS)

Tendrá que entregar estos documentos dentro de los 30 días siguientes para completar la solicitud.

- Copias de certificados de nacimiento y tarjetas de seguro social de todos los miembros del hogar nuevos para el programa de subsidio.
- Verificación de residencia en Montana para todos los miembros del hogar nuevos para el programa de subsidio.
- Verificaciones laborales completadas y firmadas por los empleadores de cada miembro del hogar que tenga empleo.
- Dos meses de talones de salario consecutivos para todos los miembros del hogar con empleo: deben ser de los últimos 60 días.
- Verificación de manutención para cada niño con uno de los padres ausente. La documentación aceptable debe ser una declaración de cumplimiento de la División de Cumplimiento de Manutención de Menores o una copia de un plan actual de paternidad por orden judicial y copias de los pagos de los últimos tres meses realizados por cheque o giro postal.
- Un Plan de Servicios de Cuidados Infantiles actualizado con un proveedor autorizado, registrado o certificado.

Lo que debe recordar

La elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil comienza sólo cuando se cumplen todos y cada uno de los siguientes criterios:

1. su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) ha recibido una solicitud completada y firmada;
2. la CCR&R ha recibido una prueba de elegibilidad por ingresos;
3. la CCR&R ha recibido una prueba de programas de trabajo o escolares del padre/ madre para verificar la necesidad de cuidado infantil;
4. la familia ha identificado un proveedor de cuidado infantil aprobado; y
5. si su familia tiene uno de los padres ausente, debe recibir manutención de menores mediante una orden judicial, estar en cumplimiento con la División de Cumplimiento de Manutención de Menores de Montana o tener razón para alegar motivo suficiente para no recibir manutención.

Las familias pueden tener durante 30 días la calificación de presunta elegibilidad: consulte a su especialista en elegibilidad.
Su beca escolar de cuidado infantil está certificada durante un período establecido.
Es importante que usted:

- lea atentamente todos los avisos que reciba;
- señale en su calendario la fecha en la que vence su subsidio de cuidado infantil;
- señale otra fecha para presentar información actualizada de 3 a 6 semanas antes de la fecha de vencimiento;
- para volver a certificar se requiere actualización y verificación de la información mencionada anteriormente.

Es necesario que los participantes de subsidio completen anualmente una nueva solicitud.
Es su responsabilidad volver a certificar su subsidio Best Beginnings. Si no lo ha hecho para el día 10 del mes en el que vence el subsidio, podría pasar por un intervalo de tiempo sin cobertura de cuidado infantil.

Usted ha acordado notificar a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil como mínimo un día **laboral antes** del cambio de proveedor de cuidado infantil.

Ha acordado informar sobre cambios en su empleo, escuela y dirección a su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) **dentro de 10 días calendario.** Si **no** informa los cambios, perderá el subsidio de cuidado infantil y tendrá que devolver toda la asistencia para el subsidio que se le ha pagado durante el período en que no era elegible.

Ha acordado abonar un copago mensual a su proveedor de cuidado infantil antes del final del mes en el que se brindó el cuidado o en la fecha de vencimiento del proveedor determinada en su contrato.

Derechos de la Familia

1. Puedo elegir a mi proveedor de cuidado infantil. Mi proveedor debe estar actualmente autorizado, registrado o certificado. Debo elegir un proveedor antes de recibir asistencia para cuidado infantil. Entiendo que no se pagará la asistencia estatal para un subsidio de cuidado infantil si el proveedor no tiene un número de pago estatal actual. Esto puede ocurrir si el número de pago de la certificación, registro o licencia vence o ha finalizado.
2. Tengo derecho a acceder a mi hijo en cualquier momento en el que esté recibiendo cuidado infantil.
3. Dentro de los 10 días posteriores a perder un empleo o estar por debajo del requisito mínimo de trabajo, puedo solicitar un período de gracia para recibir asistencia para cuidado infantil a fin de buscar trabajo: pueden corresponder limitaciones. Puedo contactar a mi Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil para obtener detalles y una solicitud.
4. Si se reducen mis beneficios del subsidio Best Beginnings, se me notificará. El estado envía una carta con 15 días calendario de anticipación antes de cualquier pérdida de beneficios.
5. Tengo derecho a apelar cualquier pérdida de asistencia de subsidio. Si elijo hacerlo, presentaré la solicitud para una Audiencia Imparcial por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se envió por correo el aviso.
6. Entiendo que el proveedor de cuidado infantil NO deberá discriminar a ningún niño por su sexo, raza, nacionalidad, procedencia étnica, afiliación religiosa o discapacidad.
7. Entiendo que el proveedor de cuidado infantil mantendrá la confidencialidad de toda la información concerniente a mi familia.
8. Entiendo que mi proveedor de cuidado infantil me debe notificar si una medida negativa en cuanto a la licencia afecta mi elegibilidad para recibir un subsidio de cuidado infantil.
9. Entiendo que ni el Estado de Montana ni la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil desempeñan ningún papel en la relación entre el padre/ madre y el proveedor. Los temas de pagos y avisos de finalización entre el padre/ madre y el proveedor son responsabilidad exclusiva de ambas partes.
10. Cada mes, recibiré una "Explicación de beneficios" (EOB, por su sigla en inglés) que me informará sobre los beneficios de subsidio de cuidado infantil pagados a mi nombre.

Responsabilidades de la Familia

1. Debo presentar una solicitud de subsidio completada antes de que pueda determinarse la elegibilidad. Mi fecha para presentar la solicitud será la fecha en la que la CCR&R reciba mi solicitud completada y yo sea elegible. **El Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings no cubrirá los servicios de cuidado infantil recibidos antes de esa fecha. Mi proveedor de cuidado infantil puede comunicarse con la CCR&R para confirmar la fecha de presentación de la solicitud.**
2. Soy responsable de pagar por el cuidado de mi propio hijo si se decide que mi familia no es elegible, o se vuelve no elegible, para beneficios, o si los fondos del programa ya no están disponibles. Soy responsable de pagar por el cuidado de mi propio hijo hasta que se determine que mi familia es elegible para beneficios y sea seleccionada de la lista de espera.
3. Si no recibo actualmente manutención de menores según una orden reconocida por un tribunal del distrito de Montana, debo solicitar servicios de manutención de menores y cumplir con la División de Cumplimiento de Manutención de Menores de Montana.
4. Abonaré un copago mensual al proveedor de cuidado infantil. Si no pago esa suma, o no hago arreglos satisfactorios, perderé la elegibilidad para asistencia de cuidado infantil.
5. Entiendo que el proveedor de cuidado infantil puede establecer precios independientes de los de un proveedor del distrito estatal. Pueden cobrar tarifas o comisiones además de la obligación del copago del programa de cuidado infantil. Soy responsable de cualquier cantidad superior a la tarifa de cuidado infantil del distrito del estado.
6. Si se me proporciona cuidado infantil en mi hogar, el proveedor es mi empleado o un contratista independiente. Como empleador, soy responsable de todas las obligaciones de empleo: pago, seguro de indemnización laboral e impuestos sobre el trabajo. Puedo obtener información adicional de mi Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.
7. Si cambio de proveedor, debo notificárselo al actual.
8. Si cambio de proveedor, debo notificarlo a la CCR&R por lo menos un día laboral antes del cambio. No se pagará asistencia al nuevo proveedor a menos que se cree un nuevo plan de certificación.
9. Informaré sobre los cambios en los siguientes puntos dentro de los 10 días posteriores a éstos:
   - cambios en el empleo de cualquier miembro de mi hogar;
   - pérdida de empleo a menos de 60 horas por mes en una familia con un solo progenitor o 120 horas por mes en una familia con el padre y la madre;

- cambios de residencia o dirección postal;
- cambios en asistencia escolar; y
- acceso al programa TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o abandono de éste.
- **la apertura o el cierre de mi caso de manutención de menores, cambios en la manutención recibida o cambios en mi motivo suficiente.**

10. No informar sobre cambios dentro de los 10 días calendario posteriores tendrá uno o más de los siguientes resultados:
    - pérdida de Subsidio Estatal de Cuidado Infantil;
    - obligación de devolver cualquier asistencia de subsidio de cuidado infantil pagada durante mi período en el que no era elegible; y/o
    - pérdida de la oportunidad de usar el período de gracia para buscar trabajo si disminuyen mis requisitos de trabajo por debajo del mínimo o si pierdo mi empleo.
11. Informaré sobre cualquier discrepancia que descubra con respecto a la asistencia de subsidio de cuidado infantil recibida e informada en la EOB a mi CCR&R.

Derechos y Responsabilidades del Proveedor de Cuidado Infantil

1. El proveedor tiene derecho a recibir una copia del Plan de Certificación de Cuidado Infantil. En ella se identifica la fecha de inicio y finalización y las horas autorizadas de cuidado infantil para esta familia y el monto adeudado de copago.
2. Si las circunstancias de la familia cambian y ésta pierde la elegibilidad para recibir un subsidio antes de la "fecha de finalización" establecida en el Plan de Certificación de Cuidado Infantil, se me enviará una notificación por correo 10 días antes de que finalice el subsidio.
3. El proveedor establece sus propios honorarios de servicio de cuidado infantil, que podrían ser superiores o inferiores a las tarifas del distrito estatal.
4. El proveedor tiene derecho al pago oportuno por los servicios de cuidado infantil con asistencia estatal.
5. Si las siguientes fechas caen en días de semana, el proveedor puede anticipar el siguiente programa de pagos (los fines de semana y los días festivos pueden retrasar este programa):
    - las facturas se envían por correo al proveedor durante el mes en que se presta el servicio de cuidado infantil.
    - Las facturas deben remitirse a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) inmediatamente después de transcurrido el mes en que se presta el servicio.
    - Las facturas se procesan al quinto día hábil del mes y los martes subsiguientes. Generalmente, los pagos se efectúan dentro de los dos o tres días hábiles a partir del procesamiento.
    - Se encuentra disponible la opción de Depósito Directo para pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del beneficiario.
    - Si se retrasa una factura o un pago, comuníquese con la agencia CCR&R local.
    - Si la dirección de pago es incorrecta, el pago se enviará a vuelta de correo al Estado. La devolución del pago al Estado, la ubicación de la dirección correcta y el reenvío del pago tardará una semana, como mínimo. (Este retraso puede evitarse si se notifica a la entidad local que otorga las licencias y se presenta un nuevo formulario W-9 del Servicio de Impuestos Internos [IRS, por su sigla en inglés] antes de cualquier cambio de domicilio).
    - Si se produce un error en el pago, el Estado/ CCR&R hará los ajustes correspondientes en los próximos pagos. Las cuentas pendientes se remiten a Cuentas por Cobrar del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (DPHHS, por su sigla en inglés) y a Compensación Fiscal del Departamento de Hacienda Pública (DOR, por su sigla en inglés) para su cobro.
    - Si se demora el pago, la Oficina de Servicios para la Primera Infancia trabajará junto con la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil de la localidad, el personal de informática y la oficina fiscal para resolver el problema y emitir el pago.
6. El proveedor tiene derecho a solicitar el pago por conservar un puesto de cuidado infantil, si dicho puesto se perdería durante la ausencia programada. El período de ausencia no puede superar los 30 días. Asimismo, el proveedor debe proporcionar una lista de espera de niños para verificar que otro niño ocuparía la vacante. Esta misma política se debe aplicar a todas las familias.
7. El proveedor debe entender que el subsidio de cuidado infantil está disponible sólo durante las actividades aprobadas por los padres, lo que puede ser menos que los límites máximos indicados en el plan de certificación de cuidado infantil.
8. El proveedor de cuidado infantil no discriminará a ningún niño por su sexo, raza, nacionalidad, procedencia étnica, afiliación religiosa o discapacidad.
9. El proveedor debe mantener toda información relativa a esta familia en estricta confidencialidad, a excepción de las

siguientes circunstancias:

- la información de participación debe compartirse con la CCR&R, en relación con la elegibilidad para el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil;
- como proveedor registrado o autorizado, es un informador obligatorio de sospecha de abuso o negligencia infantil e informará sobre esas preocupaciones directamente a Servicios para el Niño y la Familia al 1-866-820- KIDS (5437); y
- el proveedor cooperará con el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana y la policía local en la investigación de problemas relativos a las licencias de cuidado infantil.

10. El proveedor acatará y mantendrá aplicables los requisitos del centro de otorgamiento de licencias, registro de hogar grupal o familiar o proveedor autorizado (ARM 37.95.101-1021) La categoría de proveedor debe estar actualizada a fin de prestar servicio a las familias y recibir el pago de las familias que reciben un Subsidio de Cuidado Infantil.
11. Las familias elegibles para acceder a un Subsidio Best Beginnings deben elegir un proveedor que cuente con un número de pago de certificación, licencia o registro actualizados. El proveedor debe notificar de inmediato a los padres si una medida negativa de autorización afecta su elegibilidad para prestar servicio a las familias beneficiarias de Subsidio Best Beginnings.
12. El proveedor lo notificará a la entidad que otorga las licencias para cuidado infantil y presentará un nuevo formulario W-9 del IRS cuando cambie mi dirección: ya sea física, postal o de pago (libramiento). Si la notificación no se realiza de manera oportuna, es posible que se produzca una demora en el pago.
13. El proveedor informará a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil sobre las tarifas actuales que cobra a familias sin subsidio. Estas tarifas se utilizan para facilitar el proceso de pago y se incluyen en un estudio de tasas de mercado bienal. Las nuevas tarifas se pueden informar en la factura.
14. El proveedor comprende que sus tarifas para familias que pagan con fondos privados no serán inferiores a las de las familias con subsidios.
15. El proveedor comprende que cuando informa los cambios de tarifa a la CCR&R, la nueva tarifa no entrará en vigencia hasta el primer día del mes siguiente al mes en que se informó el cambio.
16. El proveedor comprende que es el único responsable de los términos de los acuerdos que haya celebrado con los padres.
17. El proveedor notificará a la CCR&R si un niño se ausenta 5 días sin aviso.

Derechos y Responsabilidades del Proveedor de Cuidado Infantil (continuación)

18. El proveedor mantendrá un registro actualizado de entrada/ salida por cada niño bajo su cuidado y lo utilizará de la siguiente manera:
    - Cada vez que el padre u otra persona autorizada lleve y recoja al niño del hogar del proveedor que lo cuida, debe escribir sus iniciales o firmar la planilla de asistencia. Es posible utilizar un sistema electrónico de firmas si éste emplea un proceso de identificación de personas único y confidencial.
    - Los registros de entrada/ salida deben indicar el nombre del niño, la fecha, la hora y el minuto en que se deja al niño bajo el cuidado del proveedor y cuando se lo recoge.
    - El proveedor pondrá los registros de entrada/ salida a disposición del personal de la CCR&R y de los representantes de la policía, de seguridad o de salud del gobierno local o estatal, cuando así lo soliciten. El proveedor conservará los registros de entrada/ salida durante cinco años a partir de la fecha de asistencia.
19. El proveedor reclamará el pago del servicio de cuidado infantil provisto efectivamente, cuando el padre/ madre esté participando en actividades aprobadas, tal como lo indica el plan de certificación de cuidado infantil y de acuerdo con la limitación de las políticas de continuidad del servicio. El proveedor no facturará por servicios de cuidado subcontratados a otra persona o institución.
20. Como proveedor, la elegibilidad para recibir el pago del Estado en virtud de un programa de cuidado infantil con asistencia estatal puede interrumpirse si:
    - el proveedor tergiversa deliberadamente los servicios provistos, con respecto a los registros de entrada/ salida, la asistencia incluida en las facturas; o
    - niega el acceso al lugar donde se cuida a los niños y a los registros del cuidado de los niños durante el horario de trabajo al siguiente personal:
      - empleados u otros agentes del gobierno local o estatal que investiguen servicios de cuidado infantil o casos de negligencia o abuso infantil;
      - personal de la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil que investigue servicios de cuidado infantil; o
      - bomberos, administradores de la comisión de edificación y funcionarios del área de salud que investiguen problemas de seguridad y salud en las instituciones de cuidado infantil.

21. Los proveedores de cuidado infantil tienen 60 días para presentar sus reclamaciones de servicio:
    - deben presentar las facturas a la CCR&R dentro de los 60 días del mes de servicio para tener derecho al pago;
    - si el plan de certificación de cuidado infantil no está disponible durante el mes de servicio, se debe presentar la factura en la CCR&R del distrito dentro de los 60 días a partir de la recepción de la factura por parte del proveedor.
    - Si es necesario ingresar correcciones o modificaciones a una factura, la CCR&R debe recibirlas dentro del período de 60 días fijado.
22. Si un proveedor o padre/ madre recibe asistencia económica para cuidado infantil que supere el monto al cual tienen derecho, debido a una acción deliberada del proveedor o padre/ madre, el departamento podrá interponer acusaciones penales contra el proveedor o padre/ madre. Es posible que se inicien acciones penales además del cobro del pago en exceso.

Acción Deliberada

Una **acción deliberada** incluye, entre otras cosas, hacer una declaración falsa o tendenciosa, una tergiversación o la ocultación o retención de hechos s o información. Si una acción deliberada conduce a un pago en exceso, ocurrirá lo siguiente:

1. la primera acción deliberada conllevará un 10% estimado que se agregará al monto del pago adeudado. Si se comprueba que el proveedor es responsable, se deberán presentar copias de las planillas de entrada/ salida junto con las facturas por los tres meses siguientes;
2. la segunda acción deliberada conllevará un 25% estimado que se agregará al monto del pago adeudado. Si se comprueba que el proveedor es responsable, se deberán presentar copias de las planillas de entrada/ salida junto con las facturas por los seis meses siguientes;
3. la tercera acción deliberada conllevará la pérdida de elegibilidad del hogar o proveedor para participar en el programa de asistencia de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings, subvenciones de Best Beginnings y otros programas de Cuidado Infantil de Calidad Best Beginnings.

Tarifas de reembolso de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings

El subsidio reembolsará al precio más bajo de los que se aplican a familias con subsidios que no sean de Best Beginnings o las tarifas del distrito de CCR&R.

Días festivos

Un proveedor registrado/ autorizado puede cobrar por ciertos días festivos, cuando esté cerrado, si el proveedor les cobra a las familias sin subsidio según la misma política de días festivos. Los días festivos que se facturan son Día de Año Nuevo, Día de Conmemoración de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad.

Días de inscripción certificada

La inscripción certificada permite a un proveedor registrado/ autorizado facturar por ciertas ausencias. Un proveedor registrado/ autorizado puede reclamar horas de inscripción certificada, sólo si el proveedor cobra a las familias sin subsidio los días de ausencia y el niño asiste a la institución a tiempo completo, más de 30 horas por semana. Los niños tienen un límite de 150 horas de inscripción certificada por año fiscal del Estado (del 1 de julio al 30 de junio).