**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES CMCC**

Division of Early Care and Education

**Solicitud de Exención de Restricciones de Elegibilidad para Asistencia de Cuidado Infantil**

REQUEST FOR WAIVER OF ELIGIBILITY RESTRICTIONS FOR CHILD CARE ASSISTANCE

**Uso del formulario:** Los padres que se desempeñan como proveedores de cuidado infantil (padre/proveedor) no pueden recibir el subsidio de cuidado infantil para cuidar a su propio hijo o a un menor que viva con ellos   
(Wis. Stat. 49.155(3m)(d)). Un padre que se desempeña como proveedor de cuidado infantil puede completar este formulario para solicitar una exención para que su hijo o un menor que viva con el proveedor en cuestión reciba el subsidio de cuidado infantil para asistir a otro programa de cuidado infantil (Wis. Admin. Code Chapter DCF 201.039(7)). Los padres/proveedores deben completar este formulario como parte de su determinación de elegibilidad para ser considerados para una exención. No enviar esta Solicitud de exención resultará en la denegación de la elegibilidad para padres/proveedores. La información personal que entregue puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Comentarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wis. Stat. 49.001(1) “Proveedor de cuidado infantil” significa un proveedor de cuidado infantil que tiene licencia bajo la s. 48.65(1), está certificado bajo la s. 48.651 o establecido o contratado bajo la s. 120.13(14).  Wis. Stat. 49.155(1)(c) A pesar de la s. 49.141(1)(j), “padre” significa un padre con custodia, tutor, padre adoptivo, custodio legal o una persona que actúa en lugar de un padre.  Wis. Stat. 49.141(1)(j) “Padre” significa cualquiera de lo siguiente:  1. Un padre biológico.  2. Una persona que ha dado su consentimiento para la inseminación artificial de su esposa en virtud  de la s. 891.40.  3. Un padre por adopción.  4. Un hombre declarado en un procedimiento judicial como el padre biológico de un menor, si el menor  es un hijo fuera de matrimonio que no es adoptado, o cuyos padres no se casan posteriormente bajo  la s. 767.803.  5. Un hombre que haya firmado y presentado ante el registro civil estatal, bajo la s. 69.15(3)(b)3, una declaración de reconocimiento de paternidad. | | | | | | |
| **Información del padre** | | | | | | |
| Número de caso: | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): | | | | | | |
| Número de teléfono durante el día: | | | | | | |
| **Horario de actividades aprobado** – Ingrese las horas diarias de trabajo. (Ejemplo: 7 a.m. – 3 p.m.) | | | | | | |
| Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Centro de cuidado infantil del padre** | | | | | | |
| N.º de proveedor: | | | | | | |
| Nombre del centro de cuidado infantil: | | | | | | |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): | | | | | | |
| Número de teléfono – Cuidado infantil: | | | | | | |
| **Horario de funcionamiento** – Ingrese las horas establecidas por reglamento del centro de cuidado infantil. (Ejemplo: 7 a.m. – 7 p.m.) | | | | | | |
| Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Información del menor para quien se solicita la exención** | | | | | | |
| PIN: | | | | | | |
| Nombre – Menor: | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | | | |
| ¿Colocación compartida?  Sí  No | | | | | | |
| Si la respuesta es “Sí”, describa el acuerdo de colocación compartida. | | | | | | |
| **Horas de cuidado necesarias** – Ingrese las horas de cuidado que se necesitan cada día. (Ejemplo: 7 a.m. – 3 p.m.) | | | | | | |
| Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Como padre y al mismo tiempo proveedor de cuidado infantil, es posible que se determine que usted es elegible para recibir una autorización de cuidado infantil para que su hijo o un menor que viva con usted asista a otro proveedor de cuidado infantil si una de las siguientes situaciones correspondiera a su hijo o al menor. Marque todas las que correspondan. Asegúrese de incluir toda la verificación de respaldo requerida con este formulario de exención.** | | | | | | | | | | | Verificado por Condado/Tribu |
|  | Mi hijo tiene 1) una discapacidad y 2) no puedo cuidarlo en mi hogar o centro grupal. Adjunto una declaración firmada por un médico u otro profesional médico que certifica que mi hijo tiene necesidades especiales y que no puedo cuidarlo en mi hogar o centro. | | | | | | | | | | Completo  Incompleto |
|  | Soy el padre adoptivo del menor. Adjunto la verificación de respaldo, o en su defecto, el trabajador ha verificado la colocación del menor en cuidados de crianza. | | | | | | | | | | Completo  Incompleto |
|  | Soy el tutor o cuidador interino del menor y estoy recibiendo pagos de tutela subsidiada por el cuidado y la manutención del menor. Adjunto la orden judicial de respaldo. | | | | | | | | | | Completo  Incompleto |
|  | Soy el pariente a cargo del menor; el menor fue colocado en mi hogar bajo una orden judicial y estoy recibiendo pagos de cuidado familiar por el cuidado y la manutención del menor. Adjunto la orden judicial de respaldo. | | | | | | | | | | Completo  Incompleto |
|  | El menor es hijo de un padre menor de edad dependiente que está inscrito en la escuela secundaria, o en un curso de equivalencia de escuela secundaria aprobado por el superintendente estatal de instrucción pública, y quien reside conmigo, considerado como padre/proveedor de cuidado infantil. Adjunto el horario escolar de: | | | | | | | | | | Completo  Incompleto |
|  | | | Nombre – Menor dependiente: | |  | | | | | |  |
|  | | | PIN o SSN del menor dependiente: | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Presento esta solicitud de exención porque creo que mi hijo o el menor que vive conmigo califica bajo uno de los criterios anteriores e incluyo la documentación de respaldo necesaria. Al firmar este formulario, declaro que la información y la documentación de respaldo son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que el condado o la tribu que reciba este formulario revisará la documentación de respaldo que he presentado para afirmar que el menor cumple con los criterios de exención correspondientes y que si no incluyo dicha documentación podría resultar en la denegación de la solicitud de exención. Entiendo que tengo derecho a apelar la denegación de esta exención. Las instrucciones de apelación se incluyen al final de este formulario.  **Envíe este formulario a la agencia administrativa de cuidado infantil.** | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** – Solicitante | | | | | | | | | Fecha de firma | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Derechos de apelación | | Una persona que reciba una denegación de beneficios del programa de subsidio de cuidado infantil Wisconsin Shares puede impugnar la denegación y solicitar una audiencia dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha del aviso. Se puede solicitar una audiencia por escrito o verbalmente a la agencia local o a la Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones) (DHA). Envíe todas las apelaciones a:  Division of Hearings and Appeals  4822 Madison Yards Way  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Local Agency Use Only** | | | | | | | | | | | |
| **Approved** | | | | | | **Denied** | | | | **Denial Reasons** – if denied refer to appeal rights. | |
| Authorization Date: | | | |  | | Denial Date: | |  | | Child does not meet criteria | |
| Waiver valid for 12 months from the date of | | | | | |  | | | | Required documentation not provided | |
| authorization | | | | | | Comments entered in CWW | | | | Assistance Group not financially eligible | |
|  | | | | | | | | | | Fails other non-financial criteria | |
| Comments entered in CWW | | | | | |  | | | | | |