

Entrevista de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares
WISCONSIN SHARES CHILD CARE INTERVIEW

Este formulario SÓLO se debe usar cuando CARES no esté disponible para registrar una Entrevista Interactiva de Cuidado Infantil. Los solicitantes deberán completar este proceso de entrevista firmando y completando la página de Resumen de Solicitud cuando esté disponible.

Cómo usar este formulario

1. Use tinta azul o negra.
2. No escriba en las áreas sombreadas.
3. Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con la agencia local indicada en la Sección 1 abajo. Si necesita esta solicitud en un formato alternativo o la necesita traducida a otro idioma, comuníquese con la agencia local indicada en la Sección 1.

La información personal que proporcione puede ser compartida con otros sólo a los fines de administración de los programas de asistencia pública [Wis. Statutes. s. 49.83].

Sección 1: Local Agency Information

Name – Agency	Telephone Number – Agency	Date Received
Address – Agency (Street City, State, Zip Code)		Case Number

Sección 2: Información del solicitante

Nombre – Solicitante	Teléfono – Solicitante (Casa)	Teléfono (laboral) (o teléfono para mensajes)	
Dirección – Solicitante (Calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio postal (de ser diferente)	¿Idioma principal hablado en su casa?	Marque el casillero para los idiomas en los que quiere que se imprimen notificaciones: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro – especificar:	

Sección 3: Información de la vivienda

Indique el nombre de todas las personas que viven en su vivienda (comience por usted) Nombre (Apellido, nombre)	¿Está solicitando asistencia de Cuidado Infantil para esta persona?	Número de seguro social del niño ¹ (obligatorio para los niños)	Fecha de nacimiento	Género M – Masc F – Fem	Estado civil	Ciudadanía en EE.UU o Extranjero que califica (de los niños para los que se solicita)	Etnicidad ² (opcional)	Raza ³ (opcional)	Relación con el solicitante
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Solicitante
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F	Casado Soltero Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¹ La provisión de su número de seguro social (SSN) es obligatoria según Wisconsin Statute 49.82 (2). El SSN se usará para la administración directa de este programa.

² Para la etnicidad, si es hispano o latino, escríbalo en el espacio proporcionado; de lo contrario, déjelo en blanco.

³ Para la raza, ingrese cualquiera de las siguientes que correspondan: Asiático, negro o afro-americano, indígena americano, o nativo de Alaska o nativo de Hawai, o de Otras Islas del Pacífico, Blanco.

Sección 4: Información no financiera

¿Es padre/madre de (un) niño(s) que tenga(n) menos de 18 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Comparte la custodia de sus hijos con un padre/madre ausente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene 18 años de edad o más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es padre/madre sustituto de los niños para los que está presentando la solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un trabajador migrante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está cuidando al hijo de un pariente (Kinship)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene la intención de seguir viviendo en Wisconsin?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La colocación de Kinship es por orden judicial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su/s hijo/s vive/n con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está recibiendo un pago de Kinship Care?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 5: Información del padre/madre ausente

Sí No ¿Alguno de los niños tiene un padre/madre natural o adoptivo que no esté viviendo en esta casa? Si la respuesta es "No", pase a la Sección 6

Nombre – Padre/Madre ausente	SSN (si se conoce)	Fecha de nacimiento	Nombre(s) – Niños	Relación con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Razón de la ausencia del padre/madre		Fecha de la ausencia	Fecha del último contacto	Se estableció la paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre – Padre/Madre ausente	SSN (si se conoce)	Fecha de nacimiento	Nombre(s) – Niños	Relación con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Razón de la ausencia del padre/madre		Fecha de la ausencia	Fecha del último contacto	Se estableció la paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre – Padre/Madre ausente	SSN (si se conoce)	Fecha de nacimiento	Nombre(s) – Niños	Relación con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Razón de la ausencia del padre/madre		Fecha de la ausencia	Fecha del último contacto	Se estableció la paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 6: Información financiera

Parte 1: Ingresos ganados

Sí No ¿Algún miembro de su vivienda recibe ingresos de un trabajo? Si la respuesta es “No”, pase a la próxima pregunta

Nombre – Miembro de la vivienda	Nombre – Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, dos veces al mes)	Salarios
			Fecha de inicio
Puesto de trabajo	Dirección – Empleador (Calle)		Horas por semana
	Ciudad	Estado	
Nombre – Miembro de la vivienda	Nombre – Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, dos veces al mes)	Salarios
			Fecha de inicio
Puesto de trabajo	Dirección del empleador (calle)		Horas por semana
	Ciudad	Estado	
Nombre – Miembro de la vivienda	Nombre – Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, dos veces al mes)	Salarios
			Fecha de inicio
Carpo del trabajo	Dirección del empleador (calle)		Horas por semana
	Ciudad	Estado	

Parte 2: Ingreso no ganado

Sí No ¿Alguno recibe ingresos, como mantenimiento de menores, SSI, retiro u otros ingresos no ganados? Si la respuesta es “No”, pase a la próxima pregunta

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	Monto mensual bruto	¿Se espera que continúe?	Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	Monto mensual bruto	¿Se espera que continúe?
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Indemnización Laboral		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Remuneración por desempleo		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Manutención de menores		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios a veteranos		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión alimenticia/mantenimiento		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Sección 7: Otra actividad aprobada

Si no está empleado, debe comprometerse con otra actividad durante la cual necesite cuidado infantil. A continuación, mencionamos otras actividades o combinaciones de actividades. Marque el casillero para indicar su actividad.

- Secundaria (padres adolescentes únicamente)
- Colegio universitario técnico y al menos 20 horas de empleo por mes
- GED, HSED, ABE, ESL, capacitación en alfabetismo y al menos 20 horas de empleo por mes
- Participa en un puesto de empleo de W-2 (Wisconsin Works)
- Participa en experiencia laboral de FSET (FoodShare Employment and Training)
- Segundo padre en W-2
- Otro – especificar:

Sección 8: Horario laboral o escolar

Nombre – Padre/Madre:

Actividad aprobada:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Nombre – Padre/Madre:

Actividad aprobada:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Sección 9: Horario de colocación compartida (de corresponder)

¿Qué días de la semana tiene este solicitante la colocación de los niños para los que se necesita asistencia para cuidado infantil?

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Entiendo que debo firmar la página del Resumen de la Solicitud cuando esté disponible; este formulario no reemplaza a la Página firmada de Resumen del Caso.

El Departamento del Niño y la Familia es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad, tiene derecho a solicitar esta información a través de un intérprete de señas o en un formato alternativo. Si no habla ni lee inglés, tiene derecho a solicitar un intérprete o a obtener esta información traducida a otro idioma. Comuníquese al (608) 266-5335 o al 711 TTY (Línea gratuita).