

Solicitud de Cuidado Infantil para las Familias de Agricultores Migrantes

CHILD CARE APPLICATION FOR MIGRANT FARMWORKER FAMILIES

Este formulario se utilizará para documentar la información de elegibilidad y la Solicitud de Cuidado Infantil para Agricultores Migrantes. Si firman este formulario, los solicitantes tendrán la obligación de completar el proceso de elegibilidad.

Cómo usar este formulario

1. Use tinta azul o negra.
2. Si necesita agregar información adicional, puede adjuntar más hojas.

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]. (Personal del Department of Children and Families)

Sección 1: Información de la agencia

Nombre de la agencia UMOS	Teléfono de la agencia: (920) 966-1113	Fecha de la solicitud:
Dirección de la agencia (calle, ciudad, estado, código postal)		

Sección 2: Información del solicitante

Nombre del solicitante (en letra de molde)	Teléfono particular del solicitante	Teléfono laboral del solicitante (o teléfono para mensajes)
Dirección actual del solicitante (calle, ciudad, estado, código postal)		
Dirección permanente del solicitante (de ser diferente)		Idioma principal hablado en su casa
No. de ID de Child Plus		

Sección 3: Información de la vivienda

Indique el nombre de TODAS las personas que viven en su vivienda (comience por el solicitante) Nombre (Apellido, nombre)	¿Está solicitando asistencia de Cuidado Infantil para esta persona?	Número de seguro social del menor ¹ (obligatorio sólo para los menores)	Fecha de nacimiento	Género M – Masculino F – Femenino	Estado civil Casado Soltero Divorciado	Ciudadanía en EE.UU o Extranjero que califica (sólo los niños que necesitan cuidado infantil)	Etnicidad ² (opcional)	Raza ³ (opcional)	Relación con el solicitante (Cónyuge, hijo, hija, sobrina, primo, etc.)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¹ La provisión del número de seguro social (SSN) de su hijo 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, nativo de Alaska, nativo de Hawai, de las Islas del Pacífico, Blanco, otro.

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 de crianza de los niños para los que está presentando la solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un agricultor 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
¿Su/s hijo/s vive/n con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuánto tiempo piensa vivir en Wisconsin?			

Sección 5: Información financiera

Parte 1: Ingreso percibido actual.

¿Alguien de su vivienda recibe ingresos de un trabajo en la actualidad? Sí No - Si la respuesta es no, pase a la parte 2

Miembro de la vivienda	Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (por semana, cada dos semanas, por mes, dos veces al mes)	Tarifa o salario por hora Fecha de inicio / Fecha de fin
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)	Horas por semana	Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo
Miembro de la vivienda	Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (por semana, cada dos semanas, por mes, dos veces al mes)	Tarifa o salario por hora Fecha de inicio / Fecha de fin
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)	Horas por semana	Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo
Miembro de la vivienda	Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan? (por semana, cada dos semanas, por mes, dos veces al mes)	Tarifa o salario por hora Fecha de inicio / Fecha de fin
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)	Horas por semana	Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo

Parte 2: Ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

Complete esta sección si se usarán los ingresos brutos de los últimos 12 meses para determinar la elegibilidad para el cuidado infantil.

Miembro de la vivienda	Empleador	Ingreso bruto percibido en los últimos 12 meses	Fecha de inicio del empleo
			Fecha de fin del empleo
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)		Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo
Miembro de la vivienda	Empleador	Ingreso bruto percibido en los últimos 12 meses	Fecha de inicio del empleo
			Fecha de fin del empleo
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)		Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo
Miembro de la vivienda	Empleador	Ingreso bruto percibido en los últimos 12 meses	Fecha de inicio del empleo
			Fecha de fin del empleo
Cargo laboral	Dirección del empleador (ciudad, estado, código postal)		Verificación de empleo <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo

Parte 3: Ingreso no percibido.

¿Alguno recibe ingresos, como mantenimiento de menores, SSI, retiro u otros ingresos no percibidos por medio del trabajo? Sí No - Si la respuesta es no, pase a la sección 7

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?
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Indemnización Laboral		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	Solicitante 1	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Remuneración por desempleo	Solicitante 1	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Solicitante 2	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Solicitante 2	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Child Support (Mantenimiento 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				
Ingreso no percibido total:		\$				\$	
Ingreso familiar total (Ingreso percibido + ingreso no percibido)		\$					

Determinación de elegibilidad financiera

Ingreso total en los últimos doce meses	\$	Elegible para cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tamaño de la Familia			
% de ingreso de FPL	%	Monto del copago	\$

Sección 6: Horario laboral de los padres

Nombre del padre/madre:			Actividad aprobada:			
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Nombre del padre/madre:			Actividad aprobada:			
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Sección 7: Días y horas en los que se necesita cuidado infantil

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

¿El cuidado infantil está disponible durante este horario?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
No. de ID de Child Plus	_____	Nombre de la familia	_____	Cambio de fecha de vigencia	___/___/___	

Sección 8: 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

Responsabilidades de los Padres

Usted puede ser responsable de costos de cuidado infantil que no sean pagados por medio del pago del subsidio incluidos:

- Costos no incluidos en los precios de cuidado infantil como ser: transporte, comidas, aranceles de inscripción, materiales de arte, pañales, etc.
- La diferencia entre el pago del subsidio y el precio del proveedor.

Debe informar inmediatamente a su trabajador de UMOS si hay un cambio en sus necesidades de cuidado infantil, incluidas:

- Cambios en la cantidad de horas de trabajo u horas de capacitación en las que participa por las que cambia su necesidad de cuidado infantil.
- Su hijo ya no asiste al proveedor de cuidado infantil indicado arriba.
- Planea cambiar de proveedor de cuidado infantil.
- Cambios en sus ingresos.
- Cambios en la dirección de su casa.
- Cambios en su estado civil (casamiento o divorcio).
- Cambios en el horario de colocación compartida de su hijo.

Sobrepagos, Recuperaciones y Sanciones

- Se lo puede derivar a una investigación por fraude o se le puede exigir que devuelva todo sobrepago si la información que usted proporcionó no es precisa o si sus cambios no son informados a tiempo.
- Si no informa un cambio y produce un sobrepago de cuidado infantil a su proveedor, se le puede exigir que devuelva el sobrepago a Wisconsin Shares (UMOS).
- Si interrumpe la actividad por la que recibe subsidio de cuidado infantil, pero sigue llevando a su hijo al programa de cuidado infantil, se le puede exigir que devuelva los sobrepagos de Wisconsin Shares (UMOS).
- Si usa el cuidado infantil para actividades distintas a las relativas al objetivo del pago del subsidio, usted es responsable de pagar esas horas de cuidado infantil por su cuenta.
- El uso del subsidio de cuidado infantil cuando usted no está en la actividad para la cual se paga el subsidio podría provocar una derivación para investigación por fraude y/o sobrepago.

Department of Children and Families

Division of Early Care and Education

- Si comete una violación intencional del programa, provocará que se suspenda a su familia del programa Wisconsin Shares por los siguientes períodos de tiempo:
 - Violación No.1: seis (6) meses.
 - Violación No. 2: doce (12) meses.
 - Violación No. 3: suspensión permanente del programa de Wisconsin Shares (UMOS).
- En virtud de DCF 101.23, usted puede ser responsable de devolver sobrepagos causados por un error de la agencia. Por ejemplo: Si la agencia no actualizó con precisión la información de su caso o si la agencia autorizó pagos por horas para las que usted no califica.

Al firmar esta solicitud certifica que toda la información indicada arriba es correcta y verdadera. Proporcionar información falsa o engañosa a sabiendas puede provocar la pérdida de los beneficios del cuidado infantil y la recuperación del sobrepago.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del trabajador de la agencia	Fecha