

Child Care Assistance Application (Solicitud de Subsidio para el Cuidado de Niños)**Información sobre las personas que viven en el hogar**

Si ambos, padre y madre/padre y madre adoptivos, (o personas a cargo), se encuentran en el hogar, incluya datos para ambas personas.

Nombre de padre o madre/padre o madre adoptivo o persona a cargo	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Teléfono ()	
Nombre de padre o madre/padre o madre adoptivo o persona a cargo	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Teléfono ()	
Domicilio: Calle		Ciudad	Estado	Código postal

Consigne todos los niños que necesitan servicios de cuidado.

Debemos formularle preguntas sobre el origen étnico y la raza de cada niño pero no está obligado a contestar. Su respuesta no afectará su elegibilidad para recibir el subsidio de cuidado de niños. En caso de responder, utilice los siguientes códigos:

Origen étnico: Raza: (Seleccione todas las opciones que correspondan)
 H = Hispánico o latino W = Blanca I = Persona indígena de los Estados Unidos
 N = No hispánico o latino B = Negra o Afroamericana o nativo de Alaska
 A = Asiática N = Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico

Nombre (Primer nombre, apellido)	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Sexo	Nombre de la escuela	Raza	Origen étnico	Ciudadano Yes/No	Condición de extranjero

¿Alguno de los niños mencionados anteriormente está identificado como un niño con necesidades especiales? Sí No

Si la respuesta es SÍ, adjunte un informe del doctor o del profesional que hizo el diagnóstico para comprobar las necesidades especiales.

Consigne todas las otras personas que viven en su hogar.

Nombre	Relación con usted

Información sobre el prestador de cuidado

Nombre del prestador	Teléfono ()		
Domicilio: Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Cuidará el prestador a los niños en su hogar? Sí No

Employer's Statement of Earnings

Dear _____:

Please complete this form and send or fax it back by _____. The employee has given permission for you to give us this information. Only the checked sections need to be completed. Please attach another sheet of paper if you need more space. Thank you.

Employee Permission

I give my employer permission to share information about my job. I will not take legal action against them for sharing this information. This permission will stop the last day of the sixth month after the month signed.

Employee Last Name	First	SSN	Employee Signature	Date
			X	X

Starting Employment Date started: _____ Date of first check: _____

Rate of pay \$ _____ per hour day week month year

Pay period ends on: _____ (day of week) paid _____ days later on _____ (day of week)

Employee is paid: weekly biweekly monthly semimonthly other _____

Hours of work per week: _____ Average hours of overtime per week: _____

Does employee get tips? Yes No Estimated monthly tips: \$ _____

Does employee get commissions? Yes No Estimated monthly commission: \$ _____

Title of employee: _____ Is health insurance available? Yes No

Ending Employment Reason ended: quit fired laid off other _____

Last date of employment: _____ Date of last check: _____ Gross amount \$ _____

Is this job still available? Yes No Would you rehire this person? Yes No

Amount of Pay Please list the gross amount of pay that the employee will get or has gotten for the time period listed. For future income, please estimate the gross amount.

Time period requesting information for: _____ to _____

Date pay period ends	Date pay received	Gross amount—before taxes/deductions	Hours worked

Is any of the gross amount Earned Income Tax Credit? Yes No If yes, amount \$ _____

Employer Information

Employer/Representative Signature	Phone	Date
Employer's Name	Address	

Questions???

Please contact:

Worker Name	Phone Number	Fax Number	E-mail Address
Mailing Address			

Necesidad de recibir el servicio

Padre/madre/tutor:			Padre/madre/tutor:		
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántas horas trabaja por semana?			¿Cuántas horas trabaja por semana?		
¿Cuánto gana por hora?			¿Cuánto gana por hora?		
Nombre del empleador:			Nombre del empleador:		
Teléfono:			Teléfono:		
Consigne el horario de ingreso y de salida de su trabajo cada día.			Consigne el horario de ingreso y de salida de su trabajo cada día.		
	Ingreso	Salida		Ingreso	Salida
Domingo			Domingo		
Lunes			Lunes		
Martes			Martes		
Miércoles			Miércoles		
Jueves			Jueves		
Viernes			Viernes		
Sábado			Sábado		
¿Cursa estudios de jornada completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Cursa estudios de jornada completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la escuela:			Nombre de la escuela:		

Para determinar el grado de necesidad que usted tiene de recibir el subsidio de cuidado de niños necesitamos que adjunte sus recibos de pago correspondientes a los últimos treinta días o una carta de su empleador con indicación de su salario y las horas que trabajó. Si es un estudiante, ajunte una copia de su cronograma de clases.

Consigne otros motivos por los cuales usted necesita recibir el servicio de cuidado de niños (internaciones, búsqueda de trabajo, etc.).

Ingreso familiar mensual

Consigne sus ingresos familiares. Si usted no es el padre-la madre o el padre-madre adoptivos del niño que necesita ser cuidado, consigne solamente el ingreso del niño.

Sueldo bruto (antes de deducirse impuestos) \$	Ingreso complementario (SSI) \$
Subsidios del (FIP) Programa de Inversión Familiar \$	Seguridad Social \$
Pensión alimentaria \$	Otros \$

Si recibe subsidio alimentario, subsidio del FIP o de asistencia médica, por favor ingrese el nombre de su asistente aquí: _____

Firma

Fecha

Usted tiene derecho a apelar

Usted, o la persona que lo ayuda, podrán solicitar una audiencia por escrito en caso de no estar de acuerdo con alguna medida tomada en su caso. Usted podrá contactarse con la oficina de DHS de su condado para cualquier consulta en relación con los servicios legales que están disponibles dependiendo de su capacidad de pago. Usted podrá también llamar a Ayuda Legal al 1-800-532-1275. Si reside en el Condado de Polk, deberá llamar al 243-1193.

No sufrirá ningún tipo de discriminación

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) brindar igual trato en el empleo e iguales oportunidades para la prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, independientemente de su raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad, tendencia política o condición de veterano.

Si usted considera que el DHS lo ha discriminado o acosado, podrá enviar una carta de queja al: Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.