



## PLANILLA PARA EL PADRE/SOLICITANTE

Formulario del Estado 56907 (R / 5-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

|                                                                                                              |                                                                               |                                                               |                                    |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del padre/solicitante                                                                                 | Número del Sistema Automático de Consultas<br>(AIS, por sus siglas en inglés) | Fecha de nacimiento del padre/<br>solicitante (mes, día, año) | Número telefónico del hogar<br>( ) | Otro teléfono o número de contacto<br>( )                                           |
| Domicilio (número y calle, ciudad, estado y código postal)                                                   |                                                                               |                                                               | Condado                            | ¿Es una dirección nueva?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correspondencia (si es distinta a la anterior) (número y calle, ciudad, estado y código postal) |                                                                               |                                                               | Idioma principal que habla         | Dirección de correo electrónico                                                     |

| ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR |                                        |                                   |                                                         |                                                         |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Nombre, apellido              | Fecha de nacimiento<br>(Mes, día, año) | Relación con el padre/solicitante | ¿Trabaja?                                               | ¿Va a la escuela?                                       | Curso más alto que haya completado | Horas que trabaja o está en la escuela por semana | Horas que dedica a viajar por semana | Horas que dedica al estudio por semana | Días por semana en los que necesita atención<br>(D, L, M, Mi, J, V, S) |
| SOLICITANTE                   |                                        |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |
|                               |                                        |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    |                                                   |                                      |                                        |                                                                        |

| NIÑO QUE VIVE EN EL HOGAR |                     |                                   |                                                         |                                                               |                                                            |                                                            |                                                         |  |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| Nombre, apellido          | Fecha de nacimiento | Relación con el padre/solicitante | ¿El niño necesita cuidado?                              | ¿Cuál de los padres vive en el hogar?                         | Hora de ingreso más temprana                               | Hora de salida más tardía                                  | ¿Hay otro cuidador infantil?                            |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
|                           |                     |                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

| INFORMACIÓN DE INGRESOS: <i>incluya todos los ingresos que haya recibido en los últimos sesenta (60) días.</i> |               |          |                                                                        |                          |               |          |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Origen del ingreso                                                                                             | Monto mensual | De quién | Verificación que debe adjuntarse                                       | Origen del ingreso       | Monto mensual | De quién | Verificación que debe adjuntarse                                                                             |
| Pensión alimentaria                                                                                            |               |          | Debe mencionarse un importe, aunque sea cero (0)                       | Remuneraciones / salario |               |          | Talón de pago o cheque cancelado (frente y atrás) y formulario de detalle de remuneraciones (si corresponde) |
| Seguro social                                                                                                  |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Asistencia de vivienda   |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| Seguridad de Ingreso                                                                                           |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Cupones de alimento      |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| TANF                                                                                                           |               |          | Carta de otorgamiento, talón del cheque o verificación de la agencia   | Trabajo Estudio          |               |          | Ninguna                                                                                                      |
| Desempleo                                                                                                      |               |          | Enlace de página de inicio del demandante o verificación de la agencia | Otro                     |               |          | Adjuntar información correspondiente                                                                         |

| RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. ¿En qué distrito escolar vive?                                                                                                                                            |  | 2. ¿Vive en un refugio para personas sin hogar o para víctimas de violencia doméstica?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         |  | 3. ¿Está viviendo en su automóvil, en un parque o en otro espacio público?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 4. ¿Vive en una residencia con familiares o amigos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                               |  | 5. ¿Dónde vive su familia?                                                                                                                                                |  | 6. ¿Alguno de los niños de su solicitud es discapacitado?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |  |
| ¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos del Servicio Militar de Estados Unidos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  | ¿Usted o la persona con la que presenta la solicitud son miembros activos de la Guardia o la Reserva Nacional?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  | ¿Tiene bienes por un valor que supere a un (1) millón de dólares?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |  |

## DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PADRE O SOLICITANTE

### Comprendo que la información siguiente corresponde a mi tarjeta Hoosier Works for Child Care (HWCC) y que registra la asistencia de mi hijo:

- Comprendo que estaré obligado a documentar por vía electrónica la información de asistencia de mi(s) niño(s). Solo usaré mi tarjeta Hoosier Work for Child Care para documentar la asistencia cuando verdaderamente refleje la atención recibida.
- Comprendo que si no hago uso de mi asistencia para el cuidado infantil dentro de los sesenta (60) días, quedará sin vigencia.
- Comprendo que podré documentar electrónicamente, o de cualquier otra manera, la asistencia de mi hijo cuando concorra al lugar al que fue asignado mi cupón.
- Comprendo que no puedo dejar mi tarjeta Hoosier Works for Child Care con el proveedor de cuidados infantiles de mi hijo. Acepto mantener confidencial mi número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés), ya que es mi firma electrónica. Comprendo que no cumplir con todo esto puede producir la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil y el reembolso de la asistencia para el cuidado infantil que se haya pagado en mi nombre.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar a la admisión si pierdo o me roban la tarjeta Hoosier Works for Child Care.
- Comprendo que puedo utilizar hasta veinte (20) días personales. Las solicitudes de días personales se utilizarán a mi criterio en los días en los que el proveedor estaba abierto y mi(s) niño(s) debía(n) asistir, pero no lo hizo (hicieron) en ningún momento del día.

### Comprendo la siguiente información con respecto a mis obligaciones de verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios CCDF:

- Comprendo que es mi responsabilidad proveer al agente de admisión información completa y precisa, por ejemplo, sobre mis ingresos y cómo está compuesta mi familia. Comprendo que se me pedirá que envíe prueba de la información suministrada.
- Comprendo que es posible que me pidan que verifique estas declaraciones y que dé mi consentimiento a la agencia, desde donde pido los servicios, para hacer cualquier contacto que sea necesario y verificar las declaraciones.
- Comprendo que la asistencia infantil subsidiada no comenzará hasta que se hayan completado todos los formularios y haya recibido notificación escrita por parte de la Oficina o su representante.
- Comprendo que debo informar al agente de admisiones cuando concluya mi necesidad de recibir servicios, cuando cambie mi estado de TANF, cuando cambie la composición de mi familia, si me mudo a otro estado o cambio mi número telefónico, tengo bienes por un total que supera al un (1) millón de dólares o si se produce un cambio en mis ingresos que supere el 85% del ingreso promedio del estado (State median income, SMI), dentro de los diez (10) días corridos a partir de que se produce el cambio y también debo presentar documentación respaldatoria, si es necesario.
- Comprendo que quizás se me pida que colabore con el personal estatal o federal en cualquier investigación. Además, entiendo que si no colaboro, podría quedar excluido del programa.

### Comprendo las siguientes situaciones con respecto a mi proveedor de servicios para el cuidado infantil:

- Comprendo que debo solicitar el cambio de proveedor enviando una Página de Información del Proveedor completa y actualizada a la Oficina de Admisiones de CCDF antes del mediodía del día anterior al último día laborable de la semana.
- Comprendo que la elección del cuidador no es solamente una elección mía, sino una responsabilidad.
- Comprendo que es mi responsabilidad informar cualquier tipo de sospecha de abuso infantil o negligencia a la autoridad correspondiente y los demás tienen la misma responsabilidad con respecto a mis hijos.
- Comprendo que el reembolso por el cuidado de mi hijo se hará directamente al proveedor, a menos que el cuidado lo brinde en mi hogar una persona que no viva allí, en esa situación, el pago se me hará directamente a mí. Es mi responsabilidad reembolsar al proveedor los servicios prestados y también cualquier copago. También comprendo que es mi responsabilidad retener y hacer cualquier pago que corresponda al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) por el proveedor de cuidado infantil y presentar el informe de final de año al IRS.
- Comprendo que los padres, padrastos o tutores no recibirán pago por ser cuidadores de sus propios hijos.
- Comprendo que no pagar cualquiera de los copagos por cuidado infantil podría hacer que mi familia quede eliminada de esta asistencia financiera.

### Comprendo mis derechos para recibir beneficios de cuidado infantil a través del programa CCDF:

- Comprendo que la información que concierne a mi familia con respecto al programa de cupones CCDF, y los servicios que recibo, se tratarán como confidenciales y se utilizarán únicamente para administrar el programa de cupones CCDF.
- Comprendo mi derecho a presentar un reclamo por escrito.
- Comprendo que puedo enviar una apelación por escrito si no estoy de acuerdo con alguna acción que se tome con respecto a mi elegibilidad para CCDF.

### Comprendo que mi beneficio de cuidado infantil podría ser cancelado por cualquiera de los siguientes motivos:

- No responder a las solicitudes de más información con respecto a la determinación de elegibilidad, por parte de la Oficina o sus agentes, dentro del plazo exigido.
- No pagar el copago semanal adeudado, si se informa dentro de los treinta (30) días desde el primer pago omitido.
- No documentar la asistencia del niño al CCDF elegible, de la manera en que lo exige la Oficina.
- No reembolsar completamente al proveedor domiciliario elegible de CCDF (niñera).
- Enviar reclamos de asistencia por el plazo en el que el niño no asistió al CCDF elegible, a excepción de las vacaciones aprobadas y los días personales, según permita la Oficina.
- Permitir que una persona no autorizada, incluso el proveedor de cuidado infantiles elegible de CCDF, posea una tarjeta de CCDF, el número de una tarjeta, o un número de identificación personal, contraseña o cualquier otra herramienta para ingresar electrónicamente información de asistencia, según corresponda.
- No mantenerse actualizado en cualquier acuerdo de reembolso existente que haya determinado la Oficina.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

### Comprendo que mi asistencia infantil será cancelada por cualquiera de los siguientes motivos:

- Exceso de ausencias no justificadas.
- Cambio de domicilio, fuera del estado.
- Fraude conformado o violaciones intencionales al programa.
- No brindar información completa al momento de pedir autorización o hacer actualización.
- El ingreso familiar de CCDF no cumple con los criterios financieros de elegibilidad.
- El hogar CCDF no cumple con los requisitos de servicio.
- El copago excede al subsidio semanal total.
- No seleccionar un proveedor elegible de CCDF.

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN**

18 U.S.C. § 1001 autoriza penalizaciones criminales sobre un individuo que, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, a sabiendas y voluntariamente falsifique, oculte o cubra mediante cualquier treta, engaño o creación de un hecho material, o haga declaraciones o representaciones falsas, ficticias o fraudulentas, o haga cualquier escrito o documento falso sabiendo que contiene afirmaciones o datos falsos, ficticios o fraudulentos. Los infractores serán sometidos a multas de hasta \$250,000 y a prisión por hasta cinco años. Los infractores que formen parte de una organización serán sometidos a multas de hasta \$500,000 (18 U.S.C. § 3571). Además, la Sección 3571(d) autoriza multas de hasta dos veces el monto neto de ganancias obtenidas por el infractor si es mayor que el monto específicamente autorizado por el estatuto de sentencia.

Sección 35-43-5-7: Fraude de asistencia social. (a) Una persona que a sabiendas o intencionalmente: (1) obtiene asistencia o beneficios públicos mediante la suplantación, transferencia ficticia, declaraciones orales o escritas falsas o engañosas, traspasos fraudulentos u otras acciones fraudulentas; (2) adquisiciones, posesiones, usos, transferencias, ventas, negociaciones, emisiones o disposiciones de: (A) un documento de autorización para obtener asistencia pública; o (B) asistencia o beneficios públicos; excepto los que estén autorizados por ley; (3) uso, transferencia, adquisición, emisión o posesión de un documento de autorización en blanco o incompleto para participar de programas de ayuda o asistencia pública, excepto los autorizados por ley; (4) falsifique o altere un documento de autorización para recibir asistencia o beneficios públicos, o a sabiendas use, transfiera, adquiera o posea un documento de autorización falsificado o alterado a fin de recibir asistencia o beneficios públicos; o (5) oculte información a los fines de recibir asistencia o beneficios públicos a los que no tiene derecho; cometa fraude de asistencia social, un delito de Clase A, excepto por lo provisto en la subsección (b). (b) La infracción es: (1) un delito de Clase D si: (A) el monto del beneficio o la asistencia pública es mayor a doscientos cincuenta dólares (\$250) pero menor a dos mil quinientos dólares (\$2500); o (B) el monto es cuestión es menor de doscientos cincuenta dólares (\$250) y la persona tiene una condena anterior por fraude a la asistencia social, de acuerdo con esta sección; y (2) un delito de Clase C si el monto de la asistencia o del beneficio público en cuestión es de dos mil quinientos dólares (\$2500) o más, sin que importe si la persona tiene una condena anterior por fraude a la asistencia social, de acuerdo con esta sección. (c) Siempre que la persona reciba una condena por fraude a la asistencia social de acuerdo con esta sección, el empleado del tribunal que emite la sentencia deberá certificar frente a la agencia estatal que corresponda y la agencia estatal que corresponda del condado del domicilio del acusado: (1) su condena y (2) si el acusado goza de libertad condicional y se ordena la restitución según IC 35-38-2.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|
| <p>He leído y comprendo las penalidades por falsificar información, de acuerdo con lo detallado en esta solicitud. Comprendo que cualquier omisión, tergiversación o falsificación deliberada de cualquier información contenida en esta solicitud o en cualquier comunicación en la que se brinde información a la Oficina/Administración de Servicios Sociales y de Familia sobre Primera Infancia y Aprendizaje Fuera de la Escuela, o cualquier alteración intencional de cualquier parte del texto en esta solicitud, podría ser castigada por penalizaciones criminales, civiles, o administrativas, incluso, entre otras la negación o revocación de los beneficios de CCDF, o la imposición de multas, daños civiles o la prisión.</p> |                                             |                       |
| Firma del padre / solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre en letra de imprenta del solicitante | Fecha (mes, día, año) |

[illegible]