

El Programa de Asistencia para Educación Infantil y Tiempo Afuera de la Escuela es administrada por medio de la Unidad de Apoyo Familiar de la División de Cuido y Educación Infantil. El propósito del programa es incrementar la disponibilidad, asequibilidad, y calidad de los servicios de cuidado para familias en el estado de Arkansas. Familias que son elegible para asistencia reciben cuidado gratuito o reducido en un proveedor licenciado y aprobado por el estado (pendiente fondos disponibles).

PARA PROCESAR SU SOLICITUD DE CUIDADO INFANTIL, SE REQUIERE LA SIGUIENTE INFORMACION;

SOLICITUD:

- Completar Solicitud:** Se deben completar todas las secciones y la solicitud debe estar firmada y fechada.
(solicitudes incompletas serán regresadas y negadas)

DOCUMENTACION REQUERIDA:

- Identificación con foto para todos los adultos en el grupo de elegibilidad:** licencia de conducir, ejercito, escuela, emitida por el estado, o un pasaporte
- Identificación con foto para el representante autorizado (si aplica):** licencia de conducir, ejercito, escuela, emitido por el estado, o un pasaporte
- Acta de Nacimiento para cada niño que solicita asistencia**
- Comprobante de ciudadanía para cada niño que se solicitó asistencia**
- Comprobante de vivienda del aplicante (dirección física):** puede incluir, pero no es limitado a; contrato de arrendamiento, recibo de renta, contrato de hipoteca, facturas, correo, ID emitido por el estado o federal, recibos de pago, o verificación por sistema estatal.
- Correo electrónico valido**
- Verificación del número de Seguro Social para miembros del hogar** (requerido para cada niño que se solicita asistencia).

VERIFICACION DE INGRESOS (debe proveer para todos los miembros dentro del grupo de elegibilidad familiar):

- Ingresos Trabajados:** Los documentos de respaldo deben incluir copias de talones de cheques consecutivos de los últimos 30 días, si corresponde
- Si le pagan *semanalmente*, se requieren los últimos cuatro (4) recibos de pago consecutivos
 - Si le pagan *quincenalmente* (cada dos semanas), se requieren los últimos dos (2) recibos de pago
 - Si le pagan *dos veces al mes* (dos veces al mes), se requieren los últimos dos (2) recibos de pago consecutivos
 - Si le pagan *mensualmente*, se requiere un (1) recibo de pago del último mes; O
- Formulario de verificación de empleo de DCC (VOE): debe ser completado por el empleador; O
 - Formulario de verificación de ingresos DCO-97: el empleador debe completarlo; O
 - El Contrato de Acuerdo: una copia del contrato actual entre el empleado y el empleador
- Ingresos ganados de trabajos por su cuenta propia:** Documentos para verificar pueden incluir, pero no están limitados a;
- Declaración de impuestos sobre la renta 1040 del año pasado con el formulario de anexo correspondiente (ganancias y Perdida del negocio);
 - Formulario de declaración de trabajo por cuenta propia DCC-575 de los últimos 30 días, si corresponde. (solo si trabaja por su cuenta propia por menos de 1 año)

INGRESOS NO GANADOS: Los documentos de respaldo deben incluir verificación de los últimos 30 días (si corresponde)

- Ingreso Suplementario de Seguro (SSI)**
- Pagos del Seguridad Social**
- Desempleo**
- Compensación de trabajo**
- Pensión alimenticia recibida durante los últimos tres (3) meses anteriores**
- Pensiones, intereses y anualidades**
- Contribuciones**

EDUCACION/CAPACITACION EN HABILIDADES LABORALES:

- Horario escolar actual/y semestres de futuro:** verificación de inscripción, o declaración escrita por la instrucción en membrete oficial.
- Entrenamiento de Habilidades laborales:** verificación de inscripción o declaración escrito por la institución en membrete oficial.
- GED/Educación para Adultos:** verificación de inscripción, o declaración en escrito por el tutor o institución en membrete oficial.

OTRO

- Verificación de arreglos de cuidado infantil**

Para más información en respeto a servicios de cuidado infantil o líneas de guía para ingresos, visite nuestro sitio web en

<http://humanservices.arkansas.gov/dccece/>

Para información sobre recursos del condado visite: <https://humanservices.arkansas.gov/arworksresource/>



Programa de Asistencia Educación Infantil y Afuera de tiempo de Escuela

Los solicitantes de bajos ingresos pueden recibir hasta sesenta (60) meses de servicios de cuidado infantil dependiendo de la disponibilidad de fondos. El cuidado infantil de ESS puede recibir hasta veinticuatro (24) meses de servicios de cuidado infantil

Todos los solicitantes deben tener dieciocho (18) años o más o ser un menor emancipado. Todos los solicitantes deben tener la custodia física de los niños para quienes se solicita asistencia. Si solicita para un Padre adolescentes, ingrese la información del Padre adolescente a continuación.

Información del Aplicante/Padre Adolescente

# Seguro Social (Opcional)	Primer Nombre (solicitante) IM	Apellido (solicitante)	Fecha de Nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------	---	---

Raza (ver código):	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	# de padres en el hogar:	Lenguaje primario:	Nivel más alto de educación	Estado Militar (ver código):
---------------------------	---	---------------------------------	---------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Códigos de Raza: A = Asiático Americano B = Negro/ Afroamericano H = Hawaiano/ isleño del Pacífico I = Indio Americano o Nativo de Alaska W = Blanco/ caucásico O = Otro
Estado Militar (ver códigos: (Solamente Adultos): N/A = No AD = Militar Activo NGMR = Guardia Nacional /Reserva militar

Dirección de Correo	Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Teléfono de Casa/Móvil:
----------------------------	----------------------	----------------------	----------------	--------------------------------

Dirección de Calle (si no el igual)	Ciudad/Estado	Código Postal	Condado	Teléfono de Mensaje:
--	----------------------	----------------------	----------------	-----------------------------

Correo Electrónico valido/actual (requerido)

¿Eh recibidos beneficios de TEA o ESS? Si No ¿Han hecho la transición los niños del cuidado de crianza? Si No
 ¿Tiene un caso de servicios de protección abierto? Si No ¿Usted es el Guardian o Custodio con custodia física? Si No

Marque si aplica: Madre adolescente reside en el hogar Comparte vivienda debido a dificultades económicas
 El padre adolescente asiste a la escuela secundaria o al programa de GED Vive en un refugio, hotel o motel
 Carece de residencia nocturna regular, fija o adecuada Vive en un lugar no diseñado para dormir (automóviles, parques, etc.)

INFORMACION DE HOGAR: * * El grupo de elegibilidad de una familia se compone de uno (1) o más adultos y niños, que pueden o no estar relacionados por sangre o ley y que residen en la misma casa cuando al menos uno de los adultos tiene la custodia física. del (de los) niño(s) para quien se presenta la solicitud. En los hogares donde residen juntos adultos que no sean cónyuges o padres de los niños, cada uno puede considerarse un grupo de elegibilidad separado. Si solicita asistencia, cada grupo de elegibilidad debe completar una solicitud por separado. Enumere toda la información de los miembros del hogar incluidos en el grupo de elegibilidad.

# Seguro Social	Nombre	SN	Apellido	Fecha Nacimiento	Genero	Ciudadano/ Residente Legal	Relación con Cabeza del Caso	¿Necesita Cuidado Infantil?	Raza (ver Código)	Estado de Ejercito Solo Adultos (ver código)
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INFORMACION CUIDADO INFANTIL: Completar información abajo para TODOS los niños por cual solicitan asistencia

Nombre de Niño/a	Enumere cualquier discapacidad médica o de desarrollo	Nombre de la Guardería seleccionada	Días y horas de cuidado necesario para cada niño	Niño está en ABC o Head Start	Escuela actual del Niño/a
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

INFORMACION DEL EMPLEADOR:							
Nombre:				Nombre del Empleo:			
Horario del trabajo (anota tiempo actual que empiezas/terminas cada día)					Tiempo estimado de viaje diario:		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Primer día de Trabajo:		Horas semanales promedio:		Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Temporal			
Nombre:				Nombre del Empleo:			
Horario del trabajo (anota tiempo actual que empiezas/terminas cada día)					Tiempo estimado de viaje diario:		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Primer día de Trabajo:		Horas semanales promedio:		Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Temporal			

INFORMACION DE ESCUELA:							
Nombre:				Nombre de la Escuela:			
<input type="checkbox"/> Actualmente estoy asistiendo el programa para el GED <input type="checkbox"/> Actualmente asistiendo la Preparatoria <input type="checkbox"/> Actualmente asistiendo Educación superior o Programa de entrenamiento para habilidades laborales							
Fecha de Inicio:		Ultimo día:		Horas Inscritas:		Estatus Estudiantil: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
Especialidad o Curso de estudio:							
Escribe el horario de escuela abajo (anotar tiempo actual por día)					Tiempo estimado de viaje diario:		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Nombre:				Nombre de la Escuela:			
<input type="checkbox"/> Actualmente estoy asistiendo el programa para el GED <input type="checkbox"/> Actualmente asistiendo la Preparatoria <input type="checkbox"/> Actualmente asistiendo Educación superior o Programa de entrenamiento para habilidades laborales							
Fecha de Inicio:		Ultimo día:		Horas inscritas:		Estatus Estudiantil: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
Especialidad o curso de estudio:							
Escribe el horario de escuela abajo (anotar tiempo actual por día)					Tiempo estimado de viaje diario:		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	

INGRESOS DEL HOGAR: Se debe proporcionar comprobante de TODOS los ingresos del hogar y anotar la frecuencia con la que se reciben: semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual							
Nombre de la (s) persona (s) que reciben:							
Salario en Bruto		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA		<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonus		Otro: (Explicar)	
Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
Nombre de la(s) persona (s) que reciben:							
Salario en Bruto		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA		<input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonus		Otro: (Explicar)	
Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
BIENES DEL HOGAR							
¿Tiene usted bienes en exceso de \$1,000,000? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							

Representante autorizado: Si desea elegir a alguien para que lo represente, complete la siguiente información. Si nombra a un representante autorizado, esta persona podrá hablar con el trabajador del DHS en su nombre. ***El participante del programa CCDF (proveedor de cuidado infantil) NO PUEDE ser su representante autorizado***	
Nombre del representante autorizado:	# de Casa o de Móvil

Lea y Revise cuidadosamente los Derechos y Responsabilidades

1. La asistencia para cuidado de niños está pendiente los fondos disponibles y elegibilidad.
2. La asistencia de cuidado de niños no se le puede negar basado en su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen de nacionalidad, o creencias políticas.
3. Todos los Adultos en el Grupo de Elegibilidad de bajos recursos deben:
 - ❖ Trabajar treinta (30) o más horas por semana o,
 - ❖ Asistir a la escuela tiempo completo o un programa de habilidades laborales para sumar treinta (30) horas por semana o,
 - ❖ Combinar trabajo y escuela/y programa de habilidades laborales para sumar treinta (30) o más horas por semana

Por lo menos un adulto en el grupo de ESS debe:

En los primeros 12 meses:

 - ❖ Trabajar por lo menos veinte- (20) horas por semana o sus ganancias deben ser suficientes para que no sea elegible para la asistencia en efectivo de TEA.
 - ❖ Asistir a la escuela tiempo completo o un programa de habilidades laborales para sumar treinta (20) horas por semana o,
 - ❖ Combinar trabajo y escuela/ programa de habilidades laborales para sumar treinta (20) o más horas por semana

En los segundos 12 meses:

 - ❖ Trabajar por lo menos veinte- (25) horas por semana o sus ganancias deben ser suficientes para que no sea elegible para la asistencia en efectivo de TEA.
 - ❖ Asistir a la escuela tiempo completo o un programa de habilidades laborales para sumar treinta (25) horas por semana o,
 - ❖ Combinar trabajo y escuela/ programa de habilidades laborales para sumar treinta (25) o más horas por semana
4. El límite de por vida para la asistencia de cuidado de niños de bajo ingresos es de sesenta (60) meses por padres/custodio, a menos que esté exentado. El límite de vida de ESS es de 24 meses.
 - ❖ Cualquier mes en el que cinco (5) días sean facturados por el Participante del Programa CCDF (proveedor de cuidado infantil) se considera un mes de asistencia de cuidado de niño y se puede contar para el límite de meses por vida.
5. Retener información o proporcionar información falsa puede resultar en la denegación o terminación de la asistencia de cuidado de niños. Usted acepta cooperar en cualquier consulta con DHS relacionada con su asistencia de cuidado de niño. El no cooperar resultará en la terminación de los servicios de cuidado de niños.
6. La información proporcionada no se divulgará sin su consentimiento por escrito, excepto a las partes permitidas por la ley. Su nombre y número de Seguro Social pueden ser proporcionados a empleadores, agencias gubernamentales, instituciones educativas o cualquier otra parte que DHS considere necesaria para determinar su elegibilidad. El DHS hará referencia a la información proporcionada a otros programas gubernamentales.
7. DHS no pagará o reembolsará retroactivamente los gastos de cuidado de niños de bajos ingresos antes de la aprobación.
8. Participante de Programa CCDF (Guardería) puede ser seleccionado de acuerdo con la elección de los padres. La Información del Participante de Programa CCDF se puede encontrar en nuestro sitio de web: <http://humanservices.arkansas.gov/dccece/Pages/default.aspx>
 - ❖ La información del sitio web incluye: •Herramienta de búsqueda de cuidado de niños •Quejas de las instalaciones •Calificación de Mejores comienzos •Visitas a las instalaciones
9. Ningún niño, recibiendo fondos de subsidio, será suspendido o expulsado de la guardería sin la aprobación de DCCECE <https://www.behaviorhelponline.org/> Se requiere que todas las familias cooperen con el programa BehavioralHelp, si corresponde
10. Una vez que su elegibilidad se ha determinado, aplicantes de bajos recursos deben completar una entrevista con la Especialista de Apoyo Familiar (FSS). Entrevistas de predeterminación de bajos recursos serán completados basado en el nivel de Better Beginnings (Calificaciones de mejores comienzos) Nivel Uno (1) Efectivo hasta el 30 de Junio de 2022 y dos (2) sera cada año. Better Beginnings Nivel tres (3) será cada dos años.
11. El Participante del Programa CCDF (guardería) puede cobrar las siguientes tarifas:
 - Copago basado en nivel de Better Beginnings
 - Registración, pagos tardes, aseguranza, materiales o cuotas razonables
 - Cuotas por días excedidos de ausencia
 - Diferencia entre la tarifa de pago privado y la tarifa estatal

Trimestre	Días Permitidos	No Exceder
Julio - Octubre	12	6 n cualquier mes
Noviembre - Febrero	16	8 en cualquier mes
Marzo - Junio	12	6 en cualquier mes

12. Todos los avisos se enviarán electrónicamente. Una dirección de correo electrónico precisa y valida debe estar archivada. El correo electrónico debe ser revisada todos los días para asegurar que todos los avisos se reciban. DHS no se hace responsable por falta de comunicación porque usted falto de reportar un cambio de dirección de correo electrónico dentro los diez (10) días de calendario par aun reporte de cambio.
13. Los siguientes cambios deben ser reportados a su Especialista de Apoyo Familiar (FSS) dentro de diez (10) días de la fecha del cambio: Dirección, correo electrónico, número de teléfono, cambio de Participante de Programa CCDF, ingresos sobre el ochenta -cinco (85%) Ingresos por medio de estado, cambio en composición del hogar que aumenta los ingresos del hogar arriba del ochenta-cinco (85%) por medio de los ingresos del estado. Cualquier cese de trabajo, y/o asistencia de programa educacional o programa de entrenamiento debe ser reportado dentro de los diez (10) días de calendario.

Tamaño Familiar	Ingresos Mensuales	Límite de ingresos Excedidos
1	\$2,742.45	\$2,742.46
2	\$3,586.29	\$3,586.30
3	\$4,430.12	\$4,430.13
4	\$5,273.96	\$5,273.97
5	\$6,117.79	\$6,117.80
6	\$6,961.63	\$6,961.64

14. Un cambio de Participante en el Programa CCDF (guardería) puede requerir una nueva determinación de elegibilidad. Los pagos al nuevo proveedor son su responsabilidad hasta que se procese el cambio. Un formulario de acuerdo de cuidado infantil y un formulario de informe de cambio se requieren diez (10) días calendario antes del día del cambio.
15. Si se toma alguna medida adversa en su solicitud o en su caso de cuidado infantil, excluyendo el sobrepago o el fraude, tiene derecho a una Revisión Interna. Si se alega un sobrepago, fraude y / o violación intencional del programa, usted tiene derecho a una audiencia administrativa.
16. Familias declarando bienes en exceso de \$1,000,000 serán inelegible para Asistencia de Cuidado de subsidiado. Las familias se le preguntaran que declaren si tienen bienes en exceso de \$1,000,000.00 en el tiempo de la aplicación inicial y de re- determinación.
17. Al menos un (1) adulto debe completar la capacitación para padres requerida.

***Certificación del Solicitante:**

Certifico que he leído y entiendo mis derechos y responsabilidades. Autorizo a DHS a recopilar información de otras fuentes para determinar mi elegibilidad para asistencia. Autorizo a cualquier fuente que DHS considere necesaria para determinar la elegibilidad para divulgar información sobre mí. Certifico bajo pena de perjurio y fraude que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa o retener información puede resultar en la denegación, terminación o descalificación de la asistencia de cuidado infantil o el enjuiciamiento penal, y el reembolso de la asistencia financiera realizada en mi nombre.

Firma del Solicitante: _____ Nombre escrito del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de padre adolescente: _____ Nombre escrito del padre adolescente: _____ Fecha: _____