



OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

Programa de Subsidios para Cuidado Infantil del DC *Solicitud para las familias*

Esta solicitud es para aquellas familias que solicitan el Programa de Subsidios para Cuidado Infantil del DC. Los niños elegibles deben ser menores de 13 años, o de 19 años si tienen una discapacidad. Las familias pueden presentar una solicitud para todos los menores elegibles en la misma solicitud. Para calificar, los menores y las familias deben cumplir con ciertos criterios, como cumplir con los ingresos del grupo familiar, vivir en el DC y otros requisitos. Puede encontrar más información sobre los requisitos de elegibilidad en el Manual de políticas del Programa de Subsidios para Cuidado Infantil del DC que se encuentra en osse.dc.gov/subsidy. Los solicitantes deben completar la solicitud lo mejor posible y deben asegurarse de que toda la información brindada sea precisa y exhaustiva.

1. Información del solicitante (obligatorio).				
Nombre completo:		Correo electrónico:		
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro (<i>explicar aquí</i>): _____				
Dirección:	Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	SSN (opcional):	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Teléfono:
Estado militar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Militar estadounidenses en servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva Militar				
Raza u origen étnico (seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco				
¿Cuál es su situación de vivienda actual? (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Soy propietario(a) o alquilo una vivienda <input type="checkbox"/> Vivo en un hotel o motel <input type="checkbox"/> Vivo en una carpa <input type="checkbox"/> Vivo con amigos o integrantes de mi familia <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda o un refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Vivo en un vehículo <input type="checkbox"/> No tengo vivienda <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo				
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino cantonés <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro: _____				

2. Información del SEGUNDO padre/madre/tutor/cónyuge en el grupo familiar (si corresponde).

Nombre completo:		Correo electrónico:	
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre biológico(a) <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a) <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Fecha de nacimiento:	SSN (opcional):	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Teléfono:
Estado militar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Militar estadounidenses en servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva Militar			
Raza u origen étnico (seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino cantonés <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro: _____			

3. Información sobre todos los menores (obligatorio). Otorgue detalles sobre TODOS sus hijos dependientes menores de 18 años, ya sea que esté buscando o no cuidado infantil para el menor.

Menor n.º 1	Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
	Sexo:	SSN (opcional):
	Nombre del segundo padre/madre (si es diferente del n.º 2 anterior):	Dirección (si es diferente de la del solicitante):
	¿Necesita este menor servicios de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor de cuidado infantil (si ya está seleccionado):
	Seleccione los horarios de cuidado solicitados (seleccione todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 6 a.m. a 9 a.m. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 horas o más al día) <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 3 p.m. a 6 p.m. <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 6 horas al día)	
	¿Tiene este menor una discapacidad física o mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿tiene este menor un Programa de Educación Personalizada (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Personalizado (IFSP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Menor n.º 2	¿Está este menor al cuidado de un familiar, en cuidado de acogida temporal o bajo supervisión judicial? <input type="checkbox"/> Cuidado de un familiar <input type="checkbox"/> Cuidado de acogida temporal <input type="checkbox"/> Bajo supervisión judicial <input type="checkbox"/> N/C	
	¿Está este menor inscrito en Head Start, Early Head Start o la Red de Mejoramiento de la Calidad (QIN)? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> QIN <input type="checkbox"/> N/C	
	Ciudadanía/condición migratoria del menor:	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Menor víctima de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Raza u origen étnico (seleccione todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Hispano/latino estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	Idioma principal del menor:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino cantonés <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
	Sexo:	SSN (opcional):
	Nombre del segundo padre/madre (si es diferente del n.º 2 anterior):	Dirección (si es diferente de la del solicitante):
¿Necesita este menor servicios de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor de cuidado infantil (si ya está seleccionado):	
Seleccione los horarios de cuidado solicitados (seleccione todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 6 a 9 a.m. <input type="checkbox"/> De lunes a viernes, de 3 a 6 p.m. <input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 horas o más al día) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 6 horas al día)		
¿Tiene este menor una discapacidad física o mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿tiene este menor un IEP o un IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está este menor al cuidado de un familiar, en cuidado de acogida temporal o bajo supervisión judicial? <input type="checkbox"/> Cuidado de un familiar <input type="checkbox"/> Cuidado de acogida temporal <input type="checkbox"/> Bajo supervisión judicial <input type="checkbox"/> N/C		
¿Está este menor inscrito en Head Start, Early Head Start o la QIN? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> QIN <input type="checkbox"/> N/C		

	Ciudadanía/condición migratoria del menor: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Menor víctima de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Raza u origen étnico (seleccionar todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Hispano/latino estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	
	Idioma principal del menor: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino cantonés <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Menor n.º 3	Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
	Sexo:	SSN (opcional):
	Nombre del segundo padre/madre (si es diferente del n.º 2 anterior):	Dirección (si es diferente de la del solicitante):
	¿Necesita este menor servicios de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor de cuidado infantil (si ya está seleccionado):
	Seleccione los horarios de cuidado solicitados (seleccione todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 6 a 9 a.m. <input type="checkbox"/> De lunes a viernes, de 3 a 6 p.m. <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 horas o más al día) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 6 horas al día)	
	¿Tiene este menor una discapacidad física o mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿tiene este menor un IEP o un IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Está este menor al cuidado de un familiar, en cuidado de acogida temporal o bajo supervisión judicial? <input type="checkbox"/> Cuidado de un familiar <input type="checkbox"/> Cuidado de acogida temporal <input type="checkbox"/> Bajo supervisión judicial <input type="checkbox"/> N/C	
¿Está este menor inscrito en Head Start, Early Head Start o la QIN? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> QIN <input type="checkbox"/> N/C		
Ciudadanía/condición migratoria del menor: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Menor víctima de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Otro: _____		

	Raza u origen étnico (seleccionar todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco
	Idioma principal del menor:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino cantonés <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino mandarín <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro: _____
Menor N.º 4	Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
	Sexo:	SSN (opcional):
	Nombre del segundo padre/madre (Si es diferente del n.º 2):	Dirección (si es diferente de la del solicitante):
	¿Necesita este menor servicios de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor de cuidado infantil (si ya está seleccionado):
	Seleccione los horarios de cuidado solicitados (seleccione todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Tiempo completo (6 horas o más al día) <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 6 horas al día) <input type="checkbox"/> De lunes a viernes de 6 a 9 a.m. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> De lunes a viernes, de 3 a 6 p.m.	
	¿Tiene este menor una discapacidad física o mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿tiene este menor un IEP o un IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Está este menor al cuidado de un familiar, en cuidado de acogida temporal o bajo supervisión judicial? <input type="checkbox"/> Cuidado de un familiar <input type="checkbox"/> Cuidado de acogida temporal <input type="checkbox"/> Bajo supervisión judicial <input type="checkbox"/> N/C	
	¿Está este menor inscrito en Head Start, Early Head Start o la QIN? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> QIN <input type="checkbox"/> N/C	
	Ciudadanía/condición migratoria del menor:	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Menor víctima de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Otro: _____
Raza u origen étnico (seleccionar todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	

Idioma principal del menor:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Chino cantonés	<input type="checkbox"/> Américo	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Chino mandarín	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Si tiene otros hijos menores de 18 años, imprima las páginas adicionales de la sección 3 en las que se indiquen todos los menores y adjunte todas las solicitudes.

4. ¿Cuál es el motivo por el que solicita un subsidio para cuidado infantil (obligatorio)? (Seleccione todas las opciones que correspondan. Para obtener más información sobre cada categoría, consulte el Manual de políticas del Programa de

<input type="checkbox"/> Estoy trabajando	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) recibe servicios de protección (menores bajo supervisión de protección, en hogar de acogida, cuyo padre/madre está bajo la custodia de la Agencia de Servicios para la Familia y los Niños del DC [CFSA])
<input type="checkbox"/> Estoy en un programa de capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene una discapacidad
<input type="checkbox"/> Estoy en un programa de educación	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) está inscrito(a) en Head Start, Early Head Start o la Red de Mejoramiento de la Calidad (QIN)
<input type="checkbox"/> Estoy buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Soy un padre/madre adolescente
<input type="checkbox"/> Recibo la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o soy beneficiario(a) de la TANF	<input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad física o mental
<input type="checkbox"/> Participo del programa de Empleo y Capacitación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP E&T).	<input type="checkbox"/> Me encuentro sin hogar o mi hijo(a) se encuentra sin hogar
	<input type="checkbox"/> Soy un tutor/cuidador mayor
	<input type="checkbox"/> Sufro/mi hijo(a) sufre violencia doméstica o familiar
	<input type="checkbox"/> Estoy participando en un programa de recuperación por adicciones

5. Información sobre su trabajo, educación o programa de capacitación laboral (si corresponde).

Nombre del empleador o del programa de educación o la capacitación:		Teléfono:	Trabajador por cuenta propia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está empleado en una instalación de desarrollo infantil autorizada por la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de licencia de la instalación:		
Dirección:	Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del empleador o programa adicional:		Teléfono:	Trabajador por cuenta propia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:	Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

6. Información sobre el trabajo o la educación del SEGUNDO padre/madre/cónyuge que vive en su grupo familiar (si corresponde).

Nombre del empleador o programa:	Teléfono:	Trabajador por cuenta propia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	------------------	--

¿Trabaja el SEGUNDO padre/madre/cónyuge en una instalación de desarrollo infantil autorizada por la OSSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de licencia de la instalación:
---	---------------------------------------

Dirección:	Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	------	---------	---------	----------------

7. Información sobre los ingresos y los activos de su grupo familiar (obligatorio).

¿Tiene su grupo familiar activos (es decir, bienes raíces, cuentas bancarias) que superen el millón de dólares (\$1,000,000)? Sí No

¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe lo siguiente? SNAP TANF Vale de vivienda Otro programa federal de ingresos en efectivo (como Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI]) Seguro de desempleo N/C

NO se necesita la siguiente información cuando un menor que necesita servicios de cuidado infantil recibe servicios de protección; es hijo(a) de padres adolescentes; se encuentra sin hogar, está inscrito en Head Start/Early Head Start/QIN; forma parte de una familia que sufre violencia doméstica, o tiene un padre/madre/tutor con una discapacidad.

Tipo de ingreso (marque todo lo que corresponda)	Periodo de empleo	Frecuencia de los periodos de pago	Importe bruto por periodo de pago
Ingresos del padre/madre/tutor (incluidos sueldos o salarios, comisiones y propinas recibidas con regularidad e ingresos netos por trabajo por cuenta propia)	<input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$
Ingreso del segundo padre/madre/tutor	<input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$
Ingresos regulares en efectivo recibidos de dividendos, intereses, ingresos netos por alquileres, sucesiones, fideicomisos y regalías.		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$
La parte de un subsidio educativo que se designa específicamente para gastos de subsistencia.		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$
Beneficios de pensiones y jubilaciones		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$
Pensión alimenticia		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____	\$

¿Certifica que su grupo familiar no está recibiendo ingresos de ninguna de las fuentes mencionadas anteriormente? Sí N/C

8. ¿Tiene algún otro dependiente viviendo en su hogar que no se haya mencionado anteriormente (si corresponde)?

Nombre completo del dependiente n.º 1:	Fecha de nacimiento:
---	-----------------------------

Relación:

Nombre completo del dependiente n.º 2:	Fecha de nacimiento:
---	-----------------------------

Relación:

Nombre completo del dependiente n.º 3:	Fecha de nacimiento:
---	-----------------------------

Relación:

9. Información del cuidador en el hogar (si solo solicita servicios en el hogar)

Nombre legal completo:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

Dirección:	Número de teléfono:
-------------------	----------------------------

Certificaciones (obligatorio). *Escriba sus iniciales al lado de cada elemento.*

Al firmar esta sección de certificación, confirmo que comprendo las disposiciones que figuran a continuación:

<input type="checkbox"/>	Completaré el proceso de determinación/redeterminación de elegibilidad, que incluye completar la solicitud y proporcionar la documentación apropiada para confirmar la información reportada anteriormente dentro de los plazos requeridos.
<input type="checkbox"/>	Autorizo a los encargados de determinar la elegibilidad a obtener cualquier verificación necesaria para determinar y revisar mi elegibilidad financiera y mis necesidades de cuidado infantil. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre mi empleo o programa de educación/capacitación laboral, ingreso y residencia.
<input type="checkbox"/>	Entiendo que soy responsable de hacer todos los copagos directamente al proveedor de cuidado infantil durante todo el tiempo que el menor esté inscrito, incluso en los días que esté ausente.
<input type="checkbox"/>	Me informaron sobre la política de ausencias y entiendo que debo proporcionar la documentación de las ausencias justificadas al proveedor de cuidado infantil.
<input type="checkbox"/>	Entiendo que se me requiere que complete una revisión de elegibilidad cada 12 meses (a menos que se indique lo contrario) para determinar si el(los) menor(es) aún es/son elegible(s) para recibir cuidado infantil subsidiado.
<input type="checkbox"/>	Informaré a mi encargado de determinar la elegibilidad si se produce un cambio en la información presentada dentro de los 10 días calendario siguientes, como cualquier cambio en la residencia fuera del DC o cambios no temporales en la participación en actividades laborales, educativas o formativas, como se define en la política del programa, o si mi ingreso familiar excede el 85 por ciento del ingreso promedio estatal (SMI) durante más de 90 días.
<input type="checkbox"/>	Notificaré por escrito al proveedor de cuidado infantil en caso de que haya planes para que mi(s) hijo(s) ya no asista(n) a la instalación.

	Entiendo que debo dar aviso en un plazo de tres días cuando mi hijo(a) deje de asistir a una instalación.
	Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender.
	Soy consciente de que hacer una declaración falsa o engañosa a sabiendas en esta solicitud puede dar lugar a una multa de hasta \$1,000, una pena de prisión de hasta 180 días o ambas.

Firma del padre/madre/tutor solicitante: _____ **Fecha:** _____

Una vez que haya completado este formulario, siga los pasos a continuación.

1. Reúna documentación de respaldo para demostrar su elegibilidad. Puede encontrar una lista completa de los documentos que se aceptan en el sitio web de la OSSE en: www.osse.dc.gov/childcaresubsidyfaq
2. Envíe este formulario y los documentos de respaldo a un proveedor de nivel II que elija o a una de las ubicaciones del DHS que figuran a continuación. Puede encontrar una lista de proveedores de nivel II en: www.osse.dc.gov/publication/child-care-intake-eligibility-sites

Centro de servicios del DHS de Congress Heights

4049 South Capitol St. SW
 Lu. a vi.: 7:30 a.m. a 4:45 p.m.
 Sin cita previa: lu./ma./mi.
 Citas: ju. y vi.
 Última cita: 3:30 p.m.
 Llame al (202) 727-0284 para programar

DHS Taylor St Service Center

1207 Taylor St. NW
 Lu. a vi.: 7:30 a.m. a 4:45 p.m.
 (Solo con cita previa)
 Llame al (202) 576-8776 para programar

Centro de servicios Virginia Williams

64 New York Ave. NE
 Lu. y mi.: 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
 Solo familias sin hogar
 Llame al (202) 727-7659 para programar

3. Una vez aprobado, lleve el formulario de admisión que le proporcionó el encargado de determinar la elegibilidad al proveedor de cuidado infantil de los menores el primer día de asistencia. El proveedor finalizará los trámites y los presentará al DHS. El Programa de Subsidios para Cuidado Infantil del DC hará pagos directamente a su proveedor de cuidado infantil.

SOLO PARA USO INTERNO

Ingresos brutos anuales: \$		Tamaño de la familia:		Número de dependientes:
Menor n.º 1	Copago: \$	Otra tarifa: \$	¿Está exento el copago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Menor N.º 2	Copago: \$	Otra tarifa: \$		
Copago total de padre/madre	Por día: \$	Semanal: \$		

Determinación inicial: Elegible No elegible: (Motivo)

Certifico por el presente que se han explicado al solicitante los derechos y responsabilidades y ha firmado para verificar su comprensión.

Nombre del encargado de determinar la elegibilidad: _____ **Firma:** _____
Fecha: _____

Si una familia cuestiona la decisión tomada en relación con la determinación del subsidio de cuidado infantil, tiene derecho a apelar la decisión como se describe a continuación.

- **Primer nivel de intento de resolución:** La familia puede solicitar una apelación al presentar una solicitud por escrito dentro de los 15 días calendario posteriores a la decisión adversa. La solicitud se debe hacer a la División de Servicios de Cuidado Infantil del DHS (DHS CCSD) o a un proveedor de cuidado infantil de nivel II, lo que llevará a una reunión virtual o en persona.
- **Segundo nivel de intento de resolución:** Si la familia no está satisfecha con el resultado de la reunión, puede solicitar que la apelación se remita a la OSSE para su revisión dentro de los cinco días siguientes a la decisión de la apelación.
- **Tercer nivel de intento de resolución:** Si la familia no está satisfecha con el resultado de la revisión de la OSSE, puede presentar una solicitud de apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) dentro de los cinco días siguientes a la decisión. Puede encontrar información sobre cómo presentar una apelación en el sitio web de la OAH (oah.dc.gov). Durante la audiencia imparcial, (1) tiene derecho a que un asesor legal o una persona común que no sea un empleado del Distrito le represente; (2) puede llevar testigos en su nombre; (3) el Gobierno del DC pagará los gastos razonables relacionados con la audiencia, como los costos de transporte para usted o sus testigos, y (4) tendrá disponibles servicios legales.

Se pueden finalizar los servicios por incumplimiento de las siguientes leyes y regulaciones que rigen los servicios de cuidado infantil, que incluyen la Ley de Políticas de Cuidado Infantil Diurno de 1979, que se encuentra vigente desde el 19 de septiembre de 1979 (Ley 3-16 del DC; secciones 3-301, *et. seq.* del Código del DC) en su forma modificada; la Ley del Fondo de Asistencia para los Servicios de Cuidado Infantil de 1988, que se encuentra vigente desde el 6 de enero de 1989 (Ley 7-220 del DC); el Plan Estatal del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil, y el Manual de Elegibilidad para Subsidios para Cuidado Infantil.