



Solicitud de subsidio para cuidado infantil

Utilice este formulario para solicitar un subsidio para el costo del cuidado infantil para su hijo(a) de 6 semanas a 12 años o para su hijo(a) con necesidades especiales menor de 19 años. Este formulario le permite presentar una solicitud para TODOS los menores elegibles. La elegibilidad se basa en las necesidades y se determina por los ingresos del grupo familiar y el tamaño de la familia, entre otros factores, incluida la ciudadanía y la condición migratoria únicamente del menor y no del padre o madre.

1. ¿Cuál es el motivo por el que solicita un subsidio para cuidado infantil?					
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Capacitación/educación	<input type="checkbox"/> El menor tiene una necesidad especial documentada	<input type="checkbox"/> El menor no tiene hogar		
<input type="checkbox"/> El menor está bajo la tutela del Distrito	<input type="checkbox"/> En búsqueda de empleo o con intención de buscar	<input type="checkbox"/> Otro: _____			

2. ¿Quién es el padre/madre/tutor solicitante?					
Nombre completo:			Correo electrónico:		
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre biológicos <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivos <input type="checkbox"/> Padraastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra: _____					
Dirección:		Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:		SSN (opcional)	Estado civil:		Teléfono:
Estado militar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Militar estadounidenses en servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva Militar					
Designación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino					
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco					
Lugar donde vive: <input type="checkbox"/> Casa permanente <input type="checkbox"/> Hotel o motel porque no tengo otra alternativa de alojamiento <input type="checkbox"/> No tengo vivienda <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Comparto la vivienda con otras personas porque no tengo otra alternativa de alojamiento					
Idioma principal que habla: <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 su trabajo/educación.					
Nombre de la escuela o del empleador 1:				Teléfono:	
Dirección:		Suite:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:		Fecha de finalización:		Días y horas de clase/trabajo:	
Nombre de la escuela o del empleador 2:				Teléfono:	
Dirección:		Suite:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:		Fecha de finalización:		Días y horas de clase/trabajo:	

4. ¿Quién es el OTRO padre/madre/tutor/cónyuge?					
Nombre completo:			Correo electrónico:		
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Padre/madre biológicos <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivos <input type="checkbox"/> Padraastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra: _____					
Dirección:		Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:		SSN (opcional)	Estado civil:		Teléfono:
Estado militar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Militar estadounidenses en servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia Nacional o Reserva Militar					
Designación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino					
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco					
Idioma principal que habla: <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:					

5. Información sobre el trabajo/educación del OTRO padre/madre/cónyuge que vive en su grupo familiar

Nombre de la actividad 1:			Teléfono:		
Dirección:		Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Días y horas de clase/trabajo:			
Nombre de la actividad 2:			Teléfono:		
Dirección:		Dto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Días y horas de clase/trabajo:			

6. Información sobre los ingresos de su grupo familiar.

¿Recibe usted una manutención infantil para todos los menores de su grupo familiar que son elegibles para recibirla?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha solicitado la manutención infantil para todos los menores de su grupo familiar que son elegibles para recibirla?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene su grupo familiar activos (es decir, bienes raíces, cuentas bancarias) que superen el millón de dólares (\$1,000,000)?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIPO DE INGRESO	PERIODO DE EMPLEO		FRECUENCIA DE LOS PERIODOS DE PAGO				IMPORTE BRUTO POR PERIODO DE PAGO
Ingreso del padre/madre/tutor solicitante	<input type="checkbox"/> 10 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Ingreso del otro padre/madre/tutor	<input type="checkbox"/> 10 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Manutención infantil			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Pensión alimenticia			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Beneficios por desempleo			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Otro _____			<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual	\$
Beneficios del Seguro Social/veteranos							\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)							\$
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)							\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)							\$

7. Información sobre TODOS los menores. *Proporcione detalles sobre TODOS los menores de 18 años que tenga a su cargo, no solo los que necesiten cuidado infantil.*

Menor 1	Nombre completo:		Sexo:		Fecha de nacimiento:		SSN (opcional):		
	Nombre del otro padre/madre: (si es diferente al del punto 4)								
	Dirección:								
	¿Tiene necesidades especiales?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre/dirección del otro padre/madre (si es diferente al del punto 4)			
	Designación étnica:			<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino					
	Ciudadanía/condición migratoria:		<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida		<input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año		<input type="checkbox"/> Cónyuge, hijo(a) o padre/madre de menores víctima de violencia doméstica		
	Raza:		<input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ 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 2	Nombre completo:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	SSN (opcional):
	Nombre del otro padre/madre: (si es diferente al del punto 4)			
	Dirección:			
	¿Tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre/dirección del otro padre/madre (si es diferente al del punto 4)			
	Designación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino			
	Ciudadanía/ condición migratoria: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Cónyuge, hijo(a) o padre/madre de menores víctima de violencia doméstica			
	Raza: <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ 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 3	Nombre completo:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	SSN (opcional):
	Nombre del otro padre/madre: (si es diferente al del punto 4)			
	Dirección:			
	¿Tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre/dirección del otro padre/madre (si es diferente al del punto 4)			
	Designación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino			
	Ciudadanía/ condición migratoria: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Cónyuge, hijo(a) o padre/madre de menores víctima de violencia doméstica			
	Raza: <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ 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 4	Nombre completo:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	SSN (opcional):
	Nombre del otro padre/madre: (si es diferente al del punto 4)			
	Dirección:			
	¿Tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre/dirección del otro padre/madre (si es diferente al del punto 4)			
	Designación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino			
	Ciudadanía/ condición migratoria: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Entrada condicional concedida <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Deportación aplazada <input type="checkbox"/> Libertad condicional de más de 1 año <input type="checkbox"/> Cónyuge, hijo(a) o padre/madre de menores víctima de violencia doméstica			
	Raza: <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ 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: _____				

SOLO PARA USO INTERNO

Ingresos brutos anuales: \$		Tamaño de la familia:		Número de menores a cargo:	
Menor 1	Tarifa de padre/madre: \$	Otra tarifa: \$	Ver verificación de DCAS/TANF		
Menor 2	Tarifa de padre/madre: \$	Otra tarifa: \$			
Copago total de padre/madre		Diario: \$	Semanal: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Determinación inicial: <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> 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 trabajador de elegibilidad: _____		Firma: _____		Fecha: _____	

Certificaciones. Escriba sus iniciales al lado de cada elemento.

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

- _____ Entiendo que debo:
- informar de forma completa y precisa las circunstancias que afectan mi elegibilidad y que se relacionan con las relaciones familiares, el empleo, la condición de capacitación, los ingresos, el lugar de residencia y los números de teléfono;
 - aportar la documentación original que acredite la información que he presentado;
 - informar al trabajador del caso del Departamento de Servicios Humanos (DHS) o al proveedor de cuidado infantil de nivel 2 cualquier cambio en la información presentada en un plazo de diez (10) días calendario; y
 - cooperar con todos los esfuerzos de la agencia para verificar la información de elegibilidad con el empleador, la escuela o el arrendador.
- _____ Me han informado sobre la política de ausencias y entiendo que debo proporcionar la documentación de las ausencias justificadas al proveedor de cuidado infantil. Los menores pueden tener 5 ausencias injustificadas y 15 justificadas por mes.
- _____ Entiendo que debo informar en un plazo de 3 días cuando mi hijo(a) deje de asistir a una instalación.
- _____ Entiendo que se me exige completar una revisión de elegibilidad el _____ (fecha) y cada 12 meses a partir de entonces, para determinar si soy elegible para continuar recibiendo cuidado infantil subsidiado.
- _____ 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.
- _____ 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.
- _____ Autorizo al Programa de cuidado infantil subsidiado a obtener cualquier verificación necesaria de los empleadores o las escuelas tanto para determinar como para revisar la elegibilidad financiera y las necesidades de cuidado infantil. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre mi empleo, salario, horario de trabajo o capacitación/horario escolar y residencia.
- _____ Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender.
- _____ Autorizo al Programa de cuidado infantil subsidiado 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, salario, horario de trabajo, capacitación, horario escolar y residencia a la Oficina del Superintendente Estatal de Educación.

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

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

1. Reúna la documentación de respaldo original que demuestre lo siguiente:
Puede encontrar una lista completa de documentos aceptables en el sitio web de la OSSE en:
<https://osse.dc.gov/page/child-care-subsidy-program-faq-parents-learn-more-about-eligibility-your-family>
 - Residencia en el DC
 - Necesidad de subsidio
 - Ingresos del grupo familiar
 - Edad de los menores y relación con usted (el solicitante)
 - Ciudadanía estadounidense de los menores
2. Envíe este formulario y los documentos de respaldo a uno de los lugares indicados a continuación.

Centro de servicios del DHS de Congress Heights 4049 South Capitol Street, SW Lunes a viernes: de 7:30 a.m. a 4:45 p.m. Sin cita previa lu./ma./mi. Con cita ju. y vi. Última cita a las 3:30 p.m.; llame al 202.727-0284 para programar	Centro de servicios del DHS de Taylor St 1207 Taylor Street NW Lunes a viernes: 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 920 Rhode Island Ave NE Lu. y mi.: 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Solo para familias sin hogar; llame al 202.727.7659 para programar
---	---	--
3. Una vez aprobado, lleve el formulario de admisión que le proporcionó el trabajador de elegibilidad al proveedor de cuidado infantil de los menores el primer día de asistencia. El proveedor finalizará los trámites y los presentará al Gobierno del Distrito. El Distrito realizará los pagos directamente a su proveedor de cuidado infantil.