

DIVISIÓN DE BIENESTAR SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS) trabaja en colaboración con The Children's Cabinet y Las Vegas Urban League para proporcionar asistencia de cuidado de niños a las familias de bajos ingresos para que los padres puedan trabajar. El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) paga una porción de los costos de cuidado de niños para familias elegibles basado en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños y recibir una evaluación formal. La siguiente tabla puede utilizarse como guía para determinar si su familia podría ser elegible.

Límites de ingresos

Número de personas en el hogar	Ingresos mensuales máximos	Número de personas en el hogar	Ingresos mensuales máximos
1	\$1,315	7	\$4,123
2	\$1,783	8	\$4,591
3	\$2,251	9	\$5,059
4	\$2,719	10	\$5,527
5	\$3,187	11	\$5,995
6	\$3,665	12	\$6,463

Límites de ingresos efectivos el 10/01/2018 (1 octubre 2018)

Llame para los límites de ingresos para hogares de más de 12 personas


Cómo solicitar asistencia

Puede ponerse en contacto con cualquiera de los centros siguientes en persona, por teléfono, fax o correo electrónico para solicitar asistencia o conseguir más información sobre nuestro programa.

En el sur de Nevada

	<p>ADMINISTRACIÓN 2470 N. Decatur, Ste. 150 Las Vegas, NV 89108 Teléfono: (702) 473-9400 Llame gratis al: (855) 4UL-KIDS Fax: (702) 405-8583 Fax elegibilidad: (702)410-9906 Email: childcareinfo@lvul.org</p>	<p>3320 E. Flamingo Rd Suite N° 49 Las Vegas, NV 89121 Teléfono: (702) 570-5161 Fax: (702) 331-1417</p>
---	---	---

En el norte de Nevada

	<p>ADMINISTRACIÓN 1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 856-6210 Fax: (775) 856-6208 Llame gratis al: 1-800-753-5500 Email: mail@childrenscabinet.org</p>	<p>4055 S. Virginia St Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 746-5511 Fax: (775) 746-5530</p>	<p>2527 N. Carson St. Ste. N° 255 Carson City, NV 89706 Teléfono: (775) 684-0880 Fax: (775) 887-1365 Llame gratis al: 1-866-434-2221</p>
--	--	---	--

Ayuda para encontrar a un proveedor de cuidado de niños

El cuidado de niños de calidad ayuda a su niño a desarrollarse y prepararse para la escuela. Si usted necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de niños de calidad u otro recurso, comuníquese con uno de los miembros de nuestro personal del programa de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños llamando a The Children's Cabinet o a Las Vegas Urban League (indicados arriba).

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”

Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
 - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
 - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
 - Residencia de Nevada;
 - Todos los ingresos;
 - Parentesco de todos los miembros del hogar;
 - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

Información importante – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

Acomodaciones especiales

Special Accommodations

Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.

This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR. *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

Origen étnico: **H** = Hispano/latino **N** = No hispano/latino

Raza: **A**–Asiático; **B**–Negro o afroamericano; **I**– Indio Americano o Nativo de Alaska; **N**–Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **W**–Blanco

Estado civil: **S**–Soltero; **M**–Casado; **N**–Separado; **D**–Divorciado; **W**–Viudo

ADULTOS:

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
	Sí mismo							

NIÑOS (menores de 18 años):

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									<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
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección residencial				Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Dirección de correo electrónico					

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:

<p>1. ¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____</p>
<p>2. ¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____</p>
<p>3. ¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____</p>

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ Fecha prevista de regreso: _____

6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____

7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Cuándo: _____ Dónde: _____

8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Programa: _____ Fecha de inicio: _____

9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Tipo de bienes: _____

10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?: _____ Cantidad pagada: _____ Frecuencia: _____

¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero? Sí No

12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños? Sí No

Si la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado

INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES): Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores

<input type="checkbox"/> 1 – TANF	<input type="checkbox"/> 08 – Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> 15 – WIC	<input type="checkbox"/> 22 – Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/> 2 – SNAP	<input type="checkbox"/> 09 – Seguro de discapacidad temporal	<input type="checkbox"/> 16 – Propinas	<input type="checkbox"/> 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad
<input type="checkbox"/> 3 – Vivienda subvencionada	<input type="checkbox"/> 10 – Dinero para educación/Becas Pell	<input type="checkbox"/> 17 – Dividendos	<input type="checkbox"/> 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes
<input type="checkbox"/> 4 – Pagos de cuidado temporal	<input type="checkbox"/> 11 – Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> 18 – Regalías	<input type="checkbox"/> 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación
<input type="checkbox"/> 5 – Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones o préstamos	<input type="checkbox"/> 19 – Intereses	<input type="checkbox"/> 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación
<input type="checkbox"/> 6 – Dinero en pago único	<input type="checkbox"/> 13 – Retiro ferroviario	<input type="checkbox"/> 20 – Ganancias de juego	<input type="checkbox"/> 27 – Subvenciones de adopción
<input type="checkbox"/> 07 – Asignación militar	<input type="checkbox"/> 14 – Liquidaciones de seguro	<input type="checkbox"/> 21 – Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> 28 – Medicaid

Otro: _____

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

EMPLEO: Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:

CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN: Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono:</i> ()
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono:</i> ()

SUS DERECHOS

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente.

Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del padre legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo padre o tutor del niño(s)	Fecha
---	-------	---	-------

**SI NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR DONDE RESIDE EN LA ACTUALIDAD,
¿DESEA INSCRIBIRSE AQUÍ HOY MISMO?**

(Marque una respuesta)

SÍ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La **Ley Nacional de Registro de Votantes** le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.