

Ohio Department of Job and Family Services
(Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio)
SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA EL CUIDADO NIÑOS

Si trabaja, va al entrenamiento o a la escuela, usted podría obtener parte de sus costos de cuidado de niños pagada por el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado. Su elegibilidad se basará en su ingreso bruto mensual y en el tamaño de su familia. Usted tendrá que pagar cada mes una parte del costo de cuidado de niños.

¿Ha recibido beneficios de cuidado de niños en otro condado de Ohio? Sí la respuesta es sí, en qué condado _____.
 Fecha en que se recibieron los beneficios por última vez _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR. Complete cada sección. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.

Su Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre): 	Nombre de Soltera/ Nombre de Casada Anterior: 	Estado Civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No Casado	Raza (muestre "Sí" o "No" para cada grupo): <table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Afroamericano/Negro</td> <td colspan="2">Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nativo de Alaska/ Indio Americano</td> <td colspan="2">Blanco</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Asiático</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> Etnicidad (marque "Sí" o "No") <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afroamericano/Negro		Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nativo de Alaska/ Indio Americano		Blanco		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Asiático				<input type="checkbox"/>			
Sí	No	Sí	No																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Afroamericano/Negro		Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico																																	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																	
Nativo de Alaska/ Indio Americano		Blanco																																	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																	
Asiático																																			
<input type="checkbox"/>																																			
Dirección Completa (Se requiere Calle y Número): Apartado Postal: (opcional)	Ciudad: 	Estado y Zona Postal: Condado:	¿Está usted participando en el Programa Ohio Trabaja Primero (OWF) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es su número de caso OWF? _____ Durante los últimos 12 meses, ¿en qué mes fue elegible por última vez para el Programa OWF? _____																																
Número de Seguro Social (opcional*)	Número de Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	¿Cuántos miembros de la familia viven en su casa?																																
Escriba el(los) nombre(s) del padre/madre ausente: 	¿Cuántos niños necesitan cuidado de niños?	¿Recibe usted manutención para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto por mes?	¿Paga usted manutención para menores por un niño que no está bajo su cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto por mes?																																
¿Tiene usted un título universitario de dos o de cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela: _____ Fecha de graduación: _____	¿Tiene usted horas de crédito de la universidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuántas? _____	¿Ha tenido entrenamiento vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es sí, ¿cuál es el área de entrenamiento? _____																																	

¿Hay un adulto (de 18 años o mayor) que viva con usted y que pudiera cuidar a su(s) niño(s) mientras usted trabaja, va a la escuela o al entrenamiento?
 Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione aquí el nombre de esa persona: _____

¿Qué parentesco tiene esta persona con usted (madre, hermana, esposo, amigo)? _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESO

Escriba el nombre completo suyo y el de todos los miembros de la familia que viven con usted. Miembros de la familia son aquellas personas que tienen parentesco con usted, ya sea por consanguinidad, matrimonio, adopción o ley. Asegúrese de escribir los nombres de todos los niños, incluso los de aquéllos que no necesitan cuidado de niños. Por cada persona que trabaja o que tenga alguna fuente de ingresos, llene el monto y diga con que frecuencia cada una de ellas recibe este ingreso. Por cada fuente de ingresos use un renglón separado. Algunas fuentes comunes de ingreso comprenden: sueldos y salarios, bonos, propinas, beneficios de jubilación, compensación de desempleo, intereses, dividendos, pensión alimenticia, manutención de menores, beneficios de Ohio Trabaja Primero (OWF), e ingreso de trabajo por cuenta propia. **Usted necesitará mostrar verificación de todo el ingreso.**

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Número de Seguro Social (opcional *)	Fuente de Ingresos	Cómo se le Paga (por semana, por mes, etc.)	Monto del Ingreso Mensual
	Yo Mismo						\$

LUGAR DONDE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA TRABAJAN O VAN AL ENTRENAMIENTO O ESCUELA:

Por favor escriba **su nombre completo primero**, y los nombres de todos los miembros de la familia y los lugares en donde usted y los miembros de la familia trabajan, van a la escuela o al entrenamiento. Escriba el número de teléfono a donde se le puede llamar o el nombre de la persona que puede darle un recado telefónico. **Toda persona que trabaja o que tenga ingreso tendrá que enviar por correo o traer los talones de cheques de pago que muestren el ingreso mensual o un estado de cuenta que muestre la cantidad de ingreso mensual ganado. Este requisito es parte de su solicitud de beneficios de cuidado de niños.**

Nombre Completo	Nombre del Lugar de Trabajo, Entrenamiento o Educación	Dirección del Lugar de Trabajo, Entrenamiento o Educación	Número de Teléfono del Lugar de Trabajo, Entrenamiento o Educación	Nombre de la Persona que Puede Darle un Recado

* El número de seguro social será usado solamente por la administración del programa de cuidado de niños públicamente financiado de Ohio.

HORARIO DE TRABAJO, ENTRENAMIENTO O ESCUELA Y RESUMEN DE INGRESO:

Nombre Completo	Días de Trabajo, Entrenamiento o Educación (Encierre en un círculo lo que aplique)	Horario de Trabajo, Entrenamiento o Educación	Cuota por Hora o Monto del Sueldo o Salario	Fechas y Montos Brutos de los Últimos Cuatro Cheques de Pago
	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____	\$ _____ por _____ (hora, semana, etc.)	Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____
	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____	\$ _____ por _____ (hora, semana, etc.)	Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____
	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____	\$ _____ por _____ (hora, semana, etc.)	Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____
	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____ Empieza _____ Termina _____	\$ _____ por _____ (hora, semana, etc.)	Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____ Fecha _____ \$ _____

NECESIDAD DE CUIDADO DE NIÑOS: Escriba el nombre completo de todos los niños que vivan con usted y que necesitan cuidado de niños mientras usted trabaja, va al entrenamiento o a la escuela. Llene una forma por cada niño que necesita cuidado.

1. Nombre Completo del Niño:			
Raza (Muestre "Sí" o "No" por cada grupo):		¿Está el Niño en la Escuela?	¿Necesita Transporte el Niño para Ir y Venir de la Escuela?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ de las Islas del Pacífico	Nombre de la Escuela:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanco	Grado: _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiático		Horario en que va _____	
Etnicidad (muestre "Sí" o "No"):		Nombre y Dirección del Proveedor:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino			
Días/Horas en que el Niño Necesita Cuidado:			
Lunes	De _____	A _____	
Martes	De _____	A _____	
Miércoles	De _____	A _____	
Jueves	De _____	A _____	
Viernes	De _____	A _____	
Sábado	De _____	A _____	
Domingo	De _____	A _____	
2. Nombre Completo del Niño:			
Raza (Muestre "Sí" o "No" por cada grupo):		¿Está el Niño en la Escuela?	¿Necesita Transporte el Niño para Ir y Venir de la Escuela?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ de las Islas del Pacífico	Nombre de la Escuela:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanco	Grado: _____	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiático		Horario en que va _____	
Etnicidad (muestre "Sí" o "No"):		Nombre y Dirección del Proveedor:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino			
Días/Horas en que el Niño Necesita Cuidado:			
Lunes	De _____	A _____	
Martes	De _____	A _____	
Miércoles	De _____	A _____	
Jueves	De _____	A _____	
Viernes	De _____	A _____	
Sábado	De _____	A _____	
Domingo	De _____	A _____	

3. Nombre Completo del Niño:

Raza (Muestre "Sí" o "No" por cada grupo):

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nativo de Hawai/ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nativo de Alaska/Indio Americano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asiático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blanco |

Etnicidad (muestre "Sí" o "No"):

- Hispano/Latino

Días/Horas en que el Niño Necesita Cuidado:

- Lunes De _____ A _____
- Martes De _____ A _____
- Miércoles De _____ A _____
- Jueves De _____ A _____
- Viernes De _____ A _____
- Sábado De _____ A _____
- Domingo De _____ A _____

¿Está el Niño en la Escuela?

- Sí No

¿Necesita Transporte el Niño para Ir y Venir de la Escuela?

- Sí No

Nombre de la Escuela:

Grado: _____

Horario en que

va _____

Nombre y Dirección del Proveedor:

4. Nombre Completo del Niño:

Raza (Muestre "Sí" o "No" por cada grupo):

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nativo de Hawai/ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nativo de Alaska/Indio Americano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asiático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blanco |

Etnicidad (muestre "Sí" o "No"):

- Hispano/Latino

Días/Horas en que el Niño Necesita Cuidado:

- Lunes De _____ A _____
- Martes De _____ A _____
- Miércoles De _____ A _____
- Jueves De _____ A _____
- Viernes De _____ A _____
- Sábado De _____ A _____
- Domingo De _____ A _____

¿Está el Niño en la Escuela?

- Sí No

¿Necesita Transporte el Niño para Ir y Venir de la Escuela?

- Sí No

Nombre de la Escuela:

Grado: _____

Horario en que

va _____

Nombre y Dirección del Proveedor:

Si fuera necesario por favor adjunte hojas adicionales.

DISPOSICIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS – ESTA HOJA ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Nombre del Cuidador	Número de Caso del Cuidador	Fecha de Recibido _____	Solicitud Inicial <input type="checkbox"/> Predeterminación <input type="checkbox"/>
Fecha de Aprobación _____	Fecha en que se Envío el Aviso _____	Razón de la Denegación	Se le dio al Cuidador el JFS 04059 en _____
Fecha de la Denegación _____			

CÓDIGO DE PAGO PARA LA APROBACIÓN DE LA SOLICITUD:

<input type="checkbox"/> 312 Cuidado de Niños Ohio Trabaja Primero (OWF)	<input type="checkbox"/> 324 Cuidado de Niños con Necesidades Especiales
<input type="checkbox"/> 313 Cuidado de Niños de Transición: Elegibilidad establecida empezando _____; terminando _____.	<input type="checkbox"/> 325 Cuidado de Niños en Protección/Sin Hogar
<input type="checkbox"/> 314 Cuidado de Niños LEAP	<input type="checkbox"/> 328 Hogar de Padres Temporales
<input type="checkbox"/> 320 Cuidado de Niños FSET	<input type="checkbox"/> 173 Iniciativa de Aprendizaje a Temprana edad (ELI) por sus siglas en Inglés
<input type="checkbox"/> 321 Cuidado de Niños por Empleo con Ingreso Elegible	<input type="checkbox"/> 342 Cuidado Ininterrumpido de Niños Head Start
<input type="checkbox"/> 322 Cuidado de Niños por Educación/Entrenamiento con Ingreso Elegible	
<input type="checkbox"/> 323 Cuidado de Niños en Protección	

COPAGO: Al cuidador se le exige pagar al proveedor \$ _____ por mes, o el costo total de cuidado, la cantidad que sea más baja.

FECHA AUTORIZADA DE COLOCACIÓN:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

<input type="checkbox"/> Centro	Nombre y Dirección del Proveedor
<input type="checkbox"/> Hogar Tipo A	Nombre y Dirección del Proveedor
<input type="checkbox"/> Hogar Tipo B	Nombre y Dirección del Proveedor
<input type="checkbox"/> Ayudante en el Hogar	Nombre y Dirección del Proveedor
<input type="checkbox"/> Initiative de Aprendizaje a Temprana edad (ELI) por su siglas en Inglés	Nombre y Dirección del Proveedor

Firma del Trabajador de Cuidado de Niños del Condado	Fecha
--	-------

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se establecerá al momento de que se complete la "Solicitud de Cuidado de Niños" JFS 01138 y se someta al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) en el condado en que usted reside. Su elegibilidad y el monto de su copago se determinan en base al tamaño de su familia, ingreso mensual, o participación en el empleo o entrenamiento y la documentación de un plan de los casos para los servicios de protección de un niño. El cuidado de niños sólo puede ser provisto para niños menores de 13 años, o menores de 18 años cuando sean elegibles debido a necesidades especiales o a cuidado de protección de niños.

La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se determinará en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el CDJFS recibe su solicitud llenada y toda la documentación adicional. Si su solicitud es aprobada y usted es elegible para beneficios de cuidado de niños, el CDJFS podría pagar por los servicios de cuidado de niños prestados a partir de la fecha en que el CDJFS recibió su solicitud.

Usted tiene la obligación de proporcionar información exacta y completa suya y de los miembros de su familia. Debe someter una solicitud escrita y toda la documentación necesaria, incluyendo verificación de ingreso y las horas de empleo y/o entrenamiento. Las fuentes de ingreso pueden incluir sueldo o salario, propinas, comisiones, bonos, beneficios de jubilación, beneficios del seguro social, compensación por desempleo, compensación legal por accidente en el lugar de trabajo, intereses, dividendos, pensión alimenticia, manutención de menores, ayuda en dinero de Ohio Trabaja Primero (OWF) e ingresos de trabajo por cuenta propia. Cada seis meses se requiere que el CDJFS complete una revisión de su caso lo cual podría causar un cambio en sus beneficios de cuidado de niños.

Usted debe usar cuidado de niños solamente para aquellos niños que sean elegibles para los servicios y únicamente durante las horas y los días que sean autorizados por el CDJFS. El cuidado de niños sólo se usará durante los horarios de empleo o entrenamiento con bonificaciones por el tiempo de viaje y otras circunstancias especiales aprobadas por el CDJFS.

Usted debe informar al CDJFS de cualquier cambio que afecte sus beneficios de cuidado de niños, incluyendo un cambio en el ingreso familiar, un cambio en los horarios de empleo o entrenamiento, un cambio en el tamaño de la familia, un cambio en las edades de sus hijos, un cambio de dirección. Dichos cambios se deben informar en un plazo de DIEZ DÍAS de la fecha en que ocurra el cambio. Fraude en el cuidado de niños es la retención intencional o falsificación de información o el uso indebido de los servicios de cuidado de niños. Incumplir con el requisito de informar se podría considerar como fraude y pudiera causar lo siguiente: 1) el reembolso de los beneficios de cuidado de niños que usted haya recibido a los que usted no era elegible; 2) terminación o denegación de los beneficios de cuidado de niños; o 3) multa y/o encarcelamiento si se le encuentra culpable de recibir de manera fraudulenta beneficios de cuidado de niños a los que usted no era elegible.

Como una condición de elegibilidad, usted debe hacer su copago mensual requerido de cuidado de niños al proveedor. Dejar de cumplir con el copago podría causar la terminación de sus beneficios de cuidado de niños. Usted perderá sus beneficios de cuidado de niños en caso de que su copago mensual exceda el costo mensual del cuidado por el mes, o cuando usted no use los servicios de cuidado de niños durante 31 días consecutivos.

Usted debe firmar la lista de asistencia del proveedor de cuidado de niños y verificar las horas y los días de cuidado que fueron prestados durante cada periodo de facturación. A usted se le podría exigir que pague al proveedor por los días de ausencia los cuales excedan diez días por niño por cada periodo de seis meses que el niño esté en cuidado. Cada periodo de seis meses abarcará del 1º de enero al 30 de junio y del 1º de julio al 31 de diciembre de cada año. Incumplir con el pago al proveedor por los días ausentes que excedan diez días por niño por cada periodo de seis meses podría causar la terminación del cuidado por parte del proveedor.

Usted debe completar y proporcionar una copia del registro de salud de su niño al proveedor antes del primer día de asistencia. Su niño debe estar vacunado como lo exige el Departamento de Salud de Ohio. No se puede proporcionar cuidado de niños cuando haya algún cuidador en el hogar que sea competente para cuidar al menor. Se necesita constancia médica para verificar que un cuidador no es competente para proveer cuidado.

Dejar de cumplir con el reembolso total de un pago en exceso por el cuidado de niños hecho por el CDJFS a consecuencia de fraude, u omisión en celebrar o cumplir con un acuerdo con el CDJFS de reembolsar un pago en exceso de cuidado de niños causado por un error suyo o de la agencia, causará la terminación de los beneficios de cuidado de niños. La inelegibilidad para recibir beneficios de cuidado de niños continuará mientras: 1) el reembolso del pago en exceso de cuidado de niños se deba al CDJFS a consecuencia de fraude; o 2) usted incumple en celebrar o cumplir con un acuerdo con el CDJFS de reembolsar un pago en exceso de cuidado de niños causado por un error suyo o de la agencia.

Usted tiene derecho a una conferencia informal con el CDJFS. Si se ha cometido un error, éste se puede corregir. Si usted no está satisfecho con el resultado de su conferencia con el condado, usted puede tener aún una audiencia del estado. A usted se le dará, junto con esta solicitud, una “Explicación de los Procedimientos de Audiencia del Estado” JFS 04059. Léala detenidamente para que entienda sus derechos y el proceso de audiencia.

Usted tiene derecho a una audiencia del estado ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio cuando: **1)** su solicitud sea denegada, más sin embargo, usted cree que es elegible; **2)** a usted no se le ha dicho por escrito en un plazo de 30 días de la fecha en que entrega su solicitud si usted es elegible o no a recibir beneficios de cuidado de niños; **3)** usted no está de acuerdo con el tipo o monto de sus beneficios; **4)** a usted no se le ha dicho por escrito la razón por la cual sus beneficios van a cambiar; **5)** usted está en desacuerdo con toda acción tomada por el condado. **Para una explicación completa de su derecho a una audiencia del estado y la forma de solicitarla, consulte el formulario JFS 04059 que recibió junto con esta solicitud.**

Por favor lea y firme abajo si está de acuerdo.

Entiendo que esta solicitud será considerada sin importar raza, color, ascendencia, sexo, edad, incapacidad, religión u origen nacional. Afirmo que a mi leal saber y entender las respuestas contenidas en la presente solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley estipula multa o encarcelamiento, o ambos, para toda persona a quien se le encuentre culpable de aceptar ayuda para la cual él o ella no es elegible. Declaro bajo las penas de falsedad de declaración que toda la información es verdadera y completa según mi entender.

Recibí una copia de mis derechos y obligaciones la cual he leído y entendido. Acuerdo cumplir con mis obligaciones según se describen. Otorgo mi consentimiento a la agencia para que haga cualquier contacto que sea necesario para la determinación de mi elegibilidad para ayuda y para que verifique la información que he dado en esta solicitud. **He recibido una explicación completa referente a los requisitos para la determinación de elegibilidad, las razones por las cuales no podría ser elegible, mi derecho a una audiencia del estado, mi obligación de informar cambios al CDJFS y el castigo, incluyendo posible acción legal o enjuiciamiento criminal, por la retención intencional o falsificación de información, o el uso indebido de servicios de cuidado de niños.**

Firma del Cuidador	Fecha
Firma de la persona que le ayudó a llenar esta solicitud	Fecha

US DERECHOS Y OBLIGACIONES – COPIA PARA EL SOLICITANTE
POR FAVOR GUÁRDELA EN SUS ARCHIVOS

La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se establecerá al momento de que se complete la “Solicitud de Cuidado de Niños” JFS 01138 y se someta al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias del Condado (CDJFS) en el condado en que usted reside. Su elegibilidad y el monto de su copago se determinan en base al tamaño de su familia, ingreso mensual, o participación en el empleo o entrenamiento y la documentación de un plan de los casos para los servicios de protección de un niño. El cuidado de niños sólo puede ser provisto para niños menores de 13 años, o menores de 18 años cuando sean elegibles debido a necesidades especiales o a cuidado de protección de niños.

La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se determinará en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el CDJFS recibe su solicitud llenada y toda la documentación adicional. Si su solicitud es aprobada y usted es elegible para beneficios de cuidado de niños, el CDJFS podría pagar por los servicios de cuidado de niños prestados a partir de la fecha en que el CDJFS recibió su solicitud.

Usted tiene la obligación de proporcionar información exacta y completa suya y de los miembros de su familia. Debe someter una solicitud escrita y toda la documentación necesaria, incluyendo verificación de ingreso y las horas de empleo y/o entrenamiento. Las fuentes de ingreso pueden incluir sueldo o salario, propinas, comisiones, bonos, beneficios de jubilación, beneficios del seguro social, compensación por desempleo, compensación legal por accidente en el lugar de trabajo, intereses, dividendos, pensión alimenticia, manutención de menores, ayuda en dinero de Ohio Trabaja Primero (OWF) e ingresos de trabajo por cuenta propia. Cada seis meses se requiere que el CDJFS complete una revisión de su caso lo cual podría causar un cambio en sus beneficios de cuidado de niños.

Usted debe usar cuidado de niños solamente para aquellos niños que sean elegibles para los servicios y únicamente durante las horas y los días que sean autorizados por el CDJFS. El cuidado de niños sólo se usará durante los horarios de empleo o entrenamiento con bonificaciones por el tiempo de viaje y otras circunstancias especiales aprobadas por el CDJFS.

Usted debe informar al CDJFS de cualquier cambio que afecte sus beneficios de cuidado de niños, incluyendo un cambio en el ingreso familiar, un cambio en los horarios de empleo o entrenamiento, un cambio en el tamaño de la familia, un cambio en las edades de sus hijos, un cambio de dirección. Dichos cambios se deben informar en un plazo de DIEZ DÍAS de la fecha en que ocurra el cambio. Fraude en el cuidado de niños es la retención intencional o falsificación de información o el uso indebido de los servicios de cuidado de niños. Incumplir con el requisito de informar se podría considerar como fraude y pudiera causar lo siguiente: 1) el reembolso de los beneficios de cuidado de niños que usted haya recibido a los que usted no era elegible; 2) terminación o denegación de los beneficios de cuidado de niños; o 3) multa y/o encarcelamiento si se le encuentra culpable de recibir de manera fraudulenta beneficios de cuidado de niños a los que usted no era elegible.

Como una condición de elegibilidad, usted debe hacer su copago mensual requerido de cuidado de niños al proveedor. Dejar de cumplir con el copago podría causar la terminación de sus beneficios de cuidado de niños. Usted perderá sus beneficios de cuidado de niños en caso de que su copago mensual exceda el costo mensual del cuidado por el mes, o cuando usted no use los servicios de cuidado de niños durante 31 días consecutivos.

Usted debe firmar la lista de asistencia del proveedor de cuidado de niños y verificar las horas y los días de cuidado que fueron prestados durante cada periodo de facturación. A usted se le podría exigir que pague al proveedor por los días de ausencia los cuales excedan diez días por niño por cada periodo de seis meses que el niño esté en cuidado. Cada periodo de seis meses abarcará del 1° de enero al 30 de junio y del 1° de julio al 31 de diciembre de cada año. Incumplir con el pago al proveedor por los días ausentes que excedan diez días por niño por cada periodo de seis meses podría causar la terminación del cuidado por parte del proveedor.

Usted debe completar y proporcionar una copia del registro de salud de su niño al proveedor antes del primer día de asistencia. Su niño debe estar vacunado como lo exige el Departamento de Salud de Ohio. No se puede proporcionar cuidado de niños cuando haya algún cuidador en el hogar que sea competente para cuidar al menor. Se necesita constancia médica para verificar que un cuidador no es competente para proveer cuidado.

Dejar de cumplir con el reembolso total de un pago en exceso por el cuidado de niños hecho por el CDJFS a consecuencia de fraude, u omisión en celebrar o cumplir con un acuerdo con el CDJFS de reembolsar un pago en exceso de cuidado de niños causado por un error suyo o de la agencia, causará la terminación de los beneficios de cuidado de niños. La inelegibilidad para recibir beneficios de cuidado de niños continuará mientras: 1) el reembolso del pago en exceso de cuidado de niños se deba al CDJFS a consecuencia de fraude; o 2) usted incumple en celebrar o cumplir con un acuerdo con el CDJFS de reembolsar un pago en exceso de cuidado de niños causado por un error suyo o de la agencia.

Usted tiene derecho a una conferencia informal con el CDJFS. Si se ha cometido un error, éste se puede corregir. Si usted no está satisfecho con el resultado de su conferencia con el condado, usted puede tener aún una audiencia del estado. A usted se le dará, junto con esta solicitud, una “Explicación de los Procedimientos de Audiencia del Estado” JFS 04059. Léala detenidamente para que entienda sus derechos y el proceso de audiencia.

Usted tiene derecho a una audiencia del estado ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio cuando: **1)** su solicitud sea denegada, más sin embargo, usted cree que es elegible; **2)** a usted no se le ha dicho por escrito en un plazo de 30 días de la fecha en que entrega su solicitud si usted es elegible o no a recibir beneficios de cuidado de niños; **3)** usted no está de acuerdo con el tipo o monto de sus beneficios; **4)** a usted no se le ha dicho por escrito la razón por la cual sus beneficios van a cambiar; **5)** usted está en desacuerdo con toda acción tomada por el condado. **Para una explicación completa de su derecho a una audiencia del estado y la forma de solicitarla, consulte el formulario JFS 04059 que recibió junto con esta solicitud.**

Por favor lea y firme abajo si está de acuerdo.

Entiendo que esta solicitud será considerada sin importar raza, color, ascendencia, sexo, edad, incapacidad, religión u origen nacional. Afirmo que a mi leal saber y entender las respuestas contenidas en la presente solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley estipula multa o encarcelamiento, o ambos, para toda persona a quien se le encuentre culpable de aceptar ayuda para la cual él o ella no es elegible. Declaro bajo las penas de falsedad de declaración que toda la información es verdadera y completa según mi entender.

Recibí una copia de mis derechos y obligaciones la cual he leído y entendido. Acuerdo cumplir con mis obligaciones según se describen. Otorgo mi consentimiento a la agencia para que haga cualquier contacto que sea necesario para la determinación de mi elegibilidad para ayuda y para que verifique la información que he dado en esta solicitud. **He recibido una explicación completa referente a los requisitos para la determinación de elegibilidad, las razones por las cuales no podría ser elegible, mi derecho a una audiencia del estado, mi obligación de informar cambios al CDJFS y el castigo, incluyendo posible acción legal o enjuiciamiento criminal, por la retención intencional o falsificación de información, o el uso indebido de servicios de cuidado de niños.**

Firma del Cuidador	Fecha
Firma de la persona que le ayudó a llenar esta solicitud	Fecha