




Formulario de Redeterminación

Care 4 Kids ■ 1344 Silas Deane Hwy ■ Rocky Hill, CT 06067-1342

☞ PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS AUDITIVOS PUEDEN USAR LA LÍNEA TTD/TTY 1-877-455-9169 ☞

Es tiempo de completar su redeterminación para el programa de Care 4 Kids. El propósito de esta forma es obtener información para poder determinar si usted sigue siendo elegible a recibir beneficios de Care 4 Kids.

Siga los siguientes pasos para completar su redeterminación:

- **Complete esta forma de Redeterminación.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al **1-888-214-KIDS (5437)**.
- **Complete el formulario de acuerdo entre padre y proveedor (PPA)** con su proveedor. Si su proveedor es nuevo en el programa de Care 4 Kids, su proveedor deberá también completar el formulario W9 adjunto y enviarlo con el PPA completo. Cada proveedor debe completar un PPA por separado. Si usted tiene más de un proveedor o necesita otro PPA, llame al **1-888-214-5437**.
- **Proporcione toda la Verificación requerida.** Siga el símbolo  **“CHECKLIST”** para chequear que verificaciones son requeridas. Su redeterminación será procesada más rápida si usted envía las copias de las verificaciones requeridas con su redeterminación. No envíe documentos originales. Care 4 Kids no devolverá los documentos originales. Si usted no tiene todas las verificaciones, aun puede enviar la redeterminación pero debe enviar la información requerida lo más pronto posible.
- **Envíe su Redeterminación completa, su acuerdo entre padre y proveedor (PPA), y sus verificaciones** a la dirección de Care 4 Kids listada al principio de esta página. Asegúrese de usar estampilla suficiente en su sobre. **Por favor asegúrese que su solicitud y su PPA estén firmados y fechados.**
- Nota: Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de niño licenciado, llame a 2-1-1 Child Care al **2-1-1 o al 1-800-505-1000**.

Algunas informaciones que usted nos ha proveído en este formulario deben ser verificadas antes que Care 4 Kids pueda otorgar asistencia. La lista siguiente le dará una idea de los documentos que pueda probar sus declaraciones.

Ingresos de su Empleador - Puede usar las copias mas recientes de sus talonarios de pagos.

Empleador Propio - Puede usar la documentación de sus impuestos, su último impuesto realizado, o sus recibos del ingreso y gastos del negocio.

Ingresos del Seguro Social - Notificación reciente de su beneficio otorgado, copia de su último cheque, recibido, o una declaración del seguro social.

Horario de Trabajo - Tarjeta de entrada y salida o declaración de su empleador verificando su horario de trabajo; la declaración tiene que estar en una carta con el membrete de la compañía.

Pagos hechos para Manutención Infantil - Copia de un cheque cobrado, un giro o talonario de pago que muestre la deducción de la manutención infantil.

Pagos de Cuidado de Crianza - Copia de su cheque por el cuidado de crianza o una carta del departamento de Niños y Familias.

Ingreso de Alquiler - Copia de los contratos de alquiler, documentación de su negocio o impuestos.

CHECKLIST  **No olvide de enviar las verificaciones requeridas**

Sección 1: Información del Jefe/a de Familia (cuéntenos un poco de usted) ◀

El jefe/a de familia es el padre/madre o el adulto responsable del niño/a. Si el padre/madre es menor de 18 años y vive con un adulto, entonces el adulto es considerado el jefe de familia y deberá completar y firmar esta redeterminación.

¿Ha solicitado previamente ayuda monetaria, médica o estampillas de comida al **Departamento de Servicios Sociales (DSS)**? (Su respuesta no afectara su elegibilidad)

Si "SI", ¿cuál es su número de identificación de DSS? _____

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal (C.P.) _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

- Género: Femenino Masculino Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Separado(a)
- Raza: (circule todo lo que aplica) **AA** - Indígena estadounidense / Natural de Alaska **A** - Asiática **B** - Negra
NP Natural de Hawai / Isleño del Pacífico **W** - Blanca **U** - Se desconoce
- ¿Es usted hispano? Sí NO Marque aquí si desea recibir todas las cartas y formularios en español.

Sección 2: Información del(os) niño(s) (cuéntenos de sus niños viviendo en su hogar) ◀

RECUADRO A: NIÑOS QUE NECESITAN ASISTENCIA

- En esta sección, por favor liste únicamente a los niños que necesitan asistencia de este programa.
- Para ser considerados elegibles, la mayoría de los niños deben tener menos de 13 años. Niños con necesidades especiales pueden ser elegibles hasta los 19 años. Las necesidades especiales pueden incluir un impedimento físico o mental, una severa perturbación de conducta o emocional, o un retraso en su desarrollo. En cualquiera de estos casos, el diagnóstico debe ser confirmado por un profesional de salud y el niño debe requerir mas supervisión, cuidado, o asistencia adicional en el lugar que el cuidado es proveído.
- Todos los niños en el programa de Care 4 Kids deben estar al día con sus vacunas.
- Por ley debemos preguntarle la raza de su niño. Por favor identifique la raza de su niño circulando **todas las razas que sean necesarias** en la columna "Raza del Niño" en la **tabla siguiente**.

AA Indígena Estadounidense/Natural de Alaska **A** Asiática **B** Negra **NP** Natural de Hawai/Isleño del Pacífico **W** Blanca **U** Se Desconoce

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco del niño con el solicitante	Género	¿Es hispano el niño?	Número de Seguro Social (opcional)	¿Es el niño ciudadano de los EE.UU.?	¿Tiene el niño necesidades especiales?	Raza del niño	¿Está el niño al corriente con sus vacunas y revisiones?
1.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	AA NP A W B U	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	AA NP A W B U	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
3.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	AA NP A W B U	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
4.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	AA NP A W B U	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
5.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	AA NP A W B U	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

RECUADRO B: NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS QUE NO REQUIEREN ASISTENCIA.

Liste a continuación los niños menores de 18 años que vivan en su hogar y no necesiten asistencia.

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Género	Parentesco con el solicitante	Número de Seguro Social (opcional)
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

¿Tiene alguno de los niños identificados arriba hijos(as) viviendo en su hogar? Sí No

SI SÍ, por favor liste los nombres de los padres menores de 18 años y el nombre de sus hijos(as):

Padre(s) menor de 18 años: _____ Niño(s): _____

Sección 3: Información de adultos (cuéntenos de otros adultos viviendo en su casa) ◀

RECUADRO C: OTROS ADULTOS EN EL HOGAR, ADEMÁS DEL SOLICITANTE

- Por favor liste **todos** los adultos **mayores de 18 años**, excluyéndose usted viviendo en su hogar. Incluya a su cónyuge y cualquier pariente y no-pariente viviendo en su hogar.
- Si necesita más espacio, por favor escriba la información en una hoja de papel a parte y adjúntele con la redeterminación.

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Género	Parentesco con el Jefe/a de Familia o con usted	Número de Seguro Social (opcional)	¿Tiene esta persona alguna incapacidad que le impide cuidar a los niños?	¿Es esta persona el padre o madre del niño que vive en el hogar?
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Nombre del niño _____
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Nombre del niño _____

Sección 4: Manutención que usted paga (Cuéntenos un poco más) ◀

Si usted u otro adulto viviendo en su hogar pagan manutención infantil por un niño que no vive en su casa, ese dinero podría ser descontado de sus ingresos totales al momento de determinar elegibilidad para la asistencia infantil.

¿Paga usted u otro adulto viviendo con usted manutención infantil? Sí No

Si sí, los pagos se le hacen a _____. Quien realiza los pagos es _____

Nombre de(los) niños(s) por los cuales se paga: _____

¿Cuánto paga? \$ _____ por (período de tiempo) _____. Fecha en la que los pagos comenzaron _____

📎 Por favor envíenos prueba de que usted u otro adulto en su hogar pagan manutención infantil.

Sección 5: Trabajo / Educación / Entrenamiento ◀

- Por favor liste los padres y otros adultos, incluyéndose usted, que estén trabajando, en entrenamiento, o vayan al colegio. Incluya padres u otras personas responsables por los niños en el hogar y sus cónyuges.
- Asegúrese de incluir la información pertinente al trabajo, entrenamiento, o escuela. Complete toda la información y el horario por cada actividad por la que el padre o adulto participa.

1. Nombre del padre/madre u otro adulto: _____

Tipo de actividad: Trabajo Educación Entrenamiento Escuela Secundaria Trabaja por su cuenta
 Otra(describir) _____ ¿Trabaja desde su casa? Sí NO

Nombre del empleador / programa de entrenamiento / escuela: _____ Tel _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha de inicio de actividad _____ Gerente de servicios de empleo (si existe) _____

HORARIO DIARIO DEL PADRE/MADRE O ADULTO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Inicia*	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Termina*	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM

*Complete las horas en el que comienza la actividad y en el que termina, incluyendo el tiempo de comida y descanso

Si días u horas varían, por favor explique de que manera: _____

¿Qué tiempo le toma **llegar** a esta actividad **desde** el lugar del cuidado del niño?: _____

¿Qué tiempo le toma **desde** esta actividad **hasta** el lugar del cuidado del niño?: _____

¿Usa transporte público para ir o volver al lugar donde su actividad ocurre? Sí No Si SI,

¿Cuál es el número de ruta del autobús? _____

2. Nombre del padre/madre u otro adulto: _____

Tipo de actividad: Trabajo Educación Entrenamiento Escuela Secundaria Trabaja por su cuenta
 Otra(describir) _____ ¿Trabaja desde su casa? Sí NO

Nombre del empleador / programa de capacitación / escuela: _____ Tel _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha de inicio de actividad _____ Gerente de servicios de empleo (si existe) _____

HORARIO DIARIO DEL PADRE/MADRE O ADULTO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Inicia*	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Termina*	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM

*Complete las horas en el que comienza la actividad y en el que termina, incluyendo el tiempo de comida y descanso

Si días u horas varían, por favor explique de que manera: _____

¿Qué tiempo le toma **llegar** a esta actividad **desde** el lugar del cuidado del niño?: _____

¿Qué tiempo le toma **desde** esta actividad **hasta** el lugar del cuidado del niño?: _____

¿Usa usted transporte público para ir o volver al lugar donde su actividad ocurre? Sí No Si SI,

¿Cuál es el número de ruta del autobús? _____

Sección 6: Salarios de su familia (Cuéntenos sobre sus ingresos) ◀

 **Por favor envíenos prueba de todos los ingresos familiares que usted recibe.** (Vea la primera página para ver la lista de los documentos que puede usar como verificación de su ingreso familiar)

- Por favor liste todos los ingresos de su familia, incluyendo:
 - Ingreso Bruto **antes de que impuestos y deducciones sean aplicados** para todos los padres y miembros adultos de su familia residiendo en su hogar.
 - Ingresos no ganados **antes de deducciones** para todos los adultos y niños residiendo en su hogar. (como, SSI, Seguro Social, etc.)

Personas con Ingresos →	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Salario	\$ _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)
Salario de trabajo por cuenta propia	\$ _____ por: semana o mes (circule uno)	\$ _____ por: semana o mes (circule uno)	\$ _____ por: semana o mes (circule uno)	\$ _____ por: semana o mes (circule uno)
SSI	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
Seguro Social	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
Ingreso de Alquiler	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
Ingreso de Desempleo	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
Ingreso de DCF	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
OTROS INGRESOS (pensiones, compensación al trabajador (wc), beneficios de veterano (vb), dividendos / intereses (sólo si más de \$600 anuales))	\$ _____ Tipo de Ingreso: _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ Tipo de Ingreso: _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ Tipo de Ingreso: _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)	\$ _____ Tipo de Ingreso: _____ *por: se se2 me2 me (circule uno)

*frecuencia de pagos: **semanal** (se), **cada dos semanas** (se2), **dos veces por mes** (me2), **mensual**.

 **Por favor envíenos copias de sus MAS RECIENTES talonarios de pago con esta solicitud. El proceso de su solicitud será retrazado si no nos envía los mas recientes talonarios de pago.**

- Si a usted le pagan **una vez por semana**, envíe copias de los últimos cuatro talonarios de pago.
- Si a usted le pagan **cada otra semana o dos veces por mes**, envíe copias de los últimos dos talonarios de pago.
- Si a usted le pagan **una vez por mes**, envíe una copia del último talonario de pago
- Si usted **trabaja por cuenta propia**, envíenos una copia de su mas reciente declaración de impuestos estatal o federal de los EE.UU. incluyendo los horarios o una copia de las mas reciente declaración trimestral de impuestos de los EE.UU.

¿Recibe usted estampillas de comida? SI NO (La respuesta no afectara sus beneficios para el cuidado del niño)

¿Recibe usted asistencia de vivienda? SI NO (La respuesta no afectara sus beneficios para el cuidado del niño)

¿Recibe usted asistencia para el cuidado de niños de alguna otra fuente? SI NO

Si sí, ¿de quién? _____ ¿Cuánto dinero? \$ _____ ¿Cada cuánto? _____

Sección 7: Derechos y responsabilidades de los padres ◀

Lea por favor la siguiente sección atentamente o pídala a alguien que se la lea. De existir algo que usted no entienda, háganos el favor de llamar a **Care 4 Kids** al **1-888-214-KIDS (5437)** y pedir que se lo expliquen.

- Una vez que haya terminado de leer, o se la hayan terminado de leer, por favor firme en el espacio proveído al final de esta página.
- Usted tiene ciertos derechos y existen ciertas reglas que deberá seguir.
- Usted tiene el derecho de llenar una solicitud, retirar una solicitud, o terminar su participación en el programa de **Care 4 Kids** en cualquier momento. Usted tiene también el derecho de seleccionar cualquier proveedor elegible de cuidados para su niño.
- Usted tiene el derecho de ser tratado equitativamente por **Care 4 Kids**, sin tener en cuenta su raza, color de piel, religión, género u orientación sexual, estado civil, país de origen, ascendencia, edad, partido político o incapacidad. Usted tiene también el derecho de solicitar que toda comunicación escrita sea conducida en español. Todos los participantes que no hablen inglés tienen el derecho a un intérprete.
- Usted tiene el derecho a solicitar una evaluación de cualquier decisión que **Care 4 Kids** tome respecto a su solicitud / enrolamiento. Usted tiene también el derecho de hablar con un supervisor o mediador, y el derecho a solicitar una audiencia con el Departamento de Servicios Sociales (DSS).

Entiendo y estoy de acuerdo con que:

- Tengo diez días para informar a **Care 4 Kids** de cualquier cambio en mis circunstancias, incluyendo, pero sin limitarlas a: cambios de dirección, salario, composición del hogar, proveedor de cuidados del niño, horarios de empleo / entrenamiento, horas adicionales que el niño necesita cuidado, etc.
- **Care 4 Kids** puede verificar la información que he proveído en este formulario. Entiendo que de ser elegible para el programa, mis beneficios no comenzarán antes de quince días de la fecha en que la Redeterminación es recibida.
- La información en este formulario es confidencial. El Departamento de Servicios Sociales o su agente, usará esta información solamente para administrar uno de sus programas. La información proveída puede ser compartida acorde a lo que las leyes vigentes permiten.
- Los empleados de **Care 4 Kids** pueden compartir información pertinente a mi elegibilidad y/o el monto de pago que el programa efectúa con mis proveedores de cuidados de niños.
- De ser requerido, **Care 4 Kids** puede proveer información sobre participantes y / o solicitantes al programa a agentes encargados de mantener el orden público.
- Cualquier convenio que exista entre el proveedor de cuidado para niños y mi persona es responsabilidad mía. Ni **Care 4 Kids** ni el Departamento de Servicios Sociales son responsables de tal convenio.
- El Departamento de Servicios Sociales puede conducir una visita a mi hogar sin previa cita.
- **Care 4 Kids** puede no pagar el monto total solicitado por el proveedor de cuidados del niño. Yo soy responsable por cualquier costo adicional.
- Los proveedores de cuidados del niño deben satisfacer requisitos estatales sobre reglas de salud, seguridad y licencias para ser elegibles a recibir pagos de Care 4 Kids.
- Puedo ser requerido a rembolsar beneficios recibidos equivocadamente, incluyendo errores administrativos. Entiendo que puedo estar sujeto a proceso penal por fraude si, con conocimiento de causa, suministro información falsa a **Care 4 Kids**, o fallo en reportar cambios a tiempo. Entiendo también que puedo ser descalificado del programa. Para seguir permaneciendo elegible tengo que cooperar con el programa de Care 4 Kids y el Departamento de Servicios Sociales (DSS) en revisiones de control de calidad.

El jefe/a de familia necesita leer y firmar: He leído mis derechos y responsabilidades o se me han leído en un idioma que yo entiendo. Certifico bajo pena de perjurio que toda información aquí proporcionada es verdadera y correcta a mi saber y entender.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

¿Ha sido ayudado por otra persona a completar este formulario? SI NO

SI sí, Nombre Completo: _____ Firma: _____



No olvide de mandar todas las verificaciones requeridas

Envíe esta Redeterminación a: Care 4 Kids ▪ 1344 Silas Deane Hwy. ▪ Rocky Hill, CT 06067-1339

Care 4 kids es financiado por el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut. Todos los programas del Departamento de Servicios Sociales son administrados de manera no discriminatoria, acorde con requisitos de igualdad de oportunidades en el empleo, y acción afirmativa.