

Redeterminación de Care 4 Kids

Care 4 Kids ■ 1344 Silas Deane Highway ■ Rocky Hill, CT 06067

Care 4 Kids es el programa de asistencia para el cuidado de niños del estado de Connecticut. Este formulario nos dará la información que necesitamos para ver si usted es elegible para continuar a recibir asistencia del programa Care 4 Kids.

1. **Rellene esta Redeterminación.** Si necesita asistencia, llame al 1-888-214-5437 o visite www.ctcare4kids.com.
2. **Rellene el Acuerdo Entre Padre y Proveedor (PPA)** con su proveedor de cuidado de niños. Proveedores nuevos al programa de Care 4 Kids tienen que completar un formulario W-9 y regresarlo con el PPA completado.
3. **Proporcione toda verificación necesaria.** Someta una copia de la información requerida con su Redeterminación.
4. Si ha escogido un proveedor de cuidado de niños, incluya el PPA completado con su Redeterminación. **Por favor asegúrese que haya firmado y fechado su Solicitud y PPA.**
5. Si necesita ayuda encontrando un proveedor de cuidado de niños licenciado, llámé al 2-1-1 Child Care al **2-1-1 o 1-800-505-1000**.

Información que usted ha proveído en este formulario tiene que ser comprobada antes de que pueda continuar a recibir asistencia de Care 4 Kids. Los próximos documentos pueden ser usados para comprobar que la información que ha proveído es verdadera.

- **Ingreso de su Empleo** – Copia de sus talonarios más recientes o una declaración de su empleador.
- **Empleo por su Propia Cuenta** – Documentos de sus impuestos recientes y sus últimos impuestos realizados, o recibos del ingreso y gastos de su negocio.
- **Ingresos de Seguro Social** – Notificación reciente de su beneficio otorgado, copia del cheque recibido recientemente, o una declaración del seguro social.
- **Pagos hechos para Manutención Infantil** – Copia de un cheque cobrado, un giro, o talonario de su empleo que muestra 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 enumerando el aumento del pago.
- **Ingreso de Renta que usted recibe de otra persona** – Documentación de su negocio o impuestos.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

El jefe de familia es el padre/madre o adulto legalmente responsable por el/los niño/os y recibiendo beneficios de Care 4 Kids actualmente. Si el padre/madre tiene menos de **18** años y está viviendo con un adulto, el adulto es considerado el solicitante y tiene que rellenar y firmar esta Redeterminación.

_____ / _____ / _____
 NOMBRE INICIAL APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

 DIRECCIÓN PISO/NÚMERO DE APARTAMENTO
 _____ () _____ ()
 CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELÉFONO PRIMARIO TELÉFONO DEL TRABAJO

¿Es esta Redeterminación para asistencia de cuidado de niños para un hijo(a) de crianza? SÍ NO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)

¿Está viviendo en una situación de vivienda temporal? Ha tenido 3 o más movimientos en el último año? SÍ NO

¿Cuál es el idioma principal de su casa? _____

¿Está usted y / o el otro padre adulto en su hogar un miembro activo del Militar de los Estados Unidos, la Guardia Nacional o la Reserva Militar unidad? SÍ NO

Género: Femenino Masculino **Estado Civil:** Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a)

Check here to receive letters and forms in English. (Marque aquí si desea recibir cartas y formularios en inglés)

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)/NIÑOS(AS)

Para ser elegible, los niños(as) tienen que ser menores de 13 años. Es posible que niños(as) con necesidades especiales pudieran ser elegibles hasta que cumplan 19 años.

NIÑOS(AS) POR LOS CUALES ESTÁ PIDIENDO ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

CLAVE: **A** (Asiática) **B** (Negra/Africana Descendiente Africana) **C** (Blanca) **N** (Indígena Estadounidense/Natural de Alaska) **P** (Natural de Hawái/Isléño del Pacífico)

Nombre del Niño(a) (Nombre, Inicial, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Solicitante	Género	¿Es hispano el niño(a)?	Número de Seguro Social (opcional)	¿Es ciudadano el niño(a) del EE.UU.?	Raza (circule todos que apliquen)	¿Está al día el niño(a) con sus vacunas? (inmunizaciones)
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	A B C N P	<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	A B C N P	<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	A B C N P	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): _____

SECCIÓN 2, CONTINUADO: INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)/NIÑOS(AS)

Nombre del Niño(a) (Nombre, Inicial, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Solicitante	Género	¿Es hispano el niño(a)?	Número de Seguro Social (opcional)	¿Es ciudadano el niño(a) del EE.UU.?	Raza (circule todos que apliquen)	¿Está al día el niño(a) con sus vacunas? (inmunizaciones)
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	A B C N P	<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	A B C N P	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Alguno de los niños(as) anotados arriba tiene alguna necesidad especial? SÍ NO

Si es SÍ, provea el(los) nombre(es): _____

NIÑOS(AS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR QUE NO REQUIEREN ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

Primer Nombre, Inicial, Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Parentesco del niño(a) al Solicitante	Número del Seguro Social (opcional)
1.	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		____-____-____
2.	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		____-____-____
3.	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		____-____-____

¿Tiene alguno de los niños(as) anotados arriba hijos(as) propios viviendo en su hogar? SÍ NO

Si es SÍ, anóte los nombres de los padres/madres menores de edad (menores de 18 años) y los nombres de sus hijos(as):

Padre(s)/Madre(s) Menos de 18 Años: _____

Hijo(s)/Hija(s) del Padre/Madre Menos de 18 Años: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE OTROS ADULTOS VIVIENDO EN SU HOGAR

Anote **todos** los otros adultos que tengan **más de 18** años viviendo en su hogar. Incluya su esposo(a) y cualquier otro parentesco o quien no sea relacionado a usted quien viva en su hogar. Esto nos ayuda determinar cuáles miembros del hogar son incluidos en el tamaño de su familia y si el ingreso de ellos es contado.

Primer Nombre, Inicial, Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Parentesco al Solicitante	Número de Seguro Social (opcional)	¿Es esta persona el padre/la madre de uno de los niños viviendo en el hogar?
1.	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		____-____-____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nombre del Niño(a) _____
2.	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		____-____-____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nombre del Niño(a) _____

SECCIÓN 4: TRABAJO/EDUCACIÓN/ACTIVIDAD DE ENTRENAMIENTO

Anote todos los padres/madres y otros adultos, incluyéndose a usted, quien está trabajando, en algún entrenamiento, o escuela. Incluya padres/madres u otros adultos legalmente responsables para los niños(as) en el hogar y su esposo(a) de ellos. Rellene la información para cada actividad.

1. _____ ¿Trabaja de su casa? SÍ NO

NOMBRE DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO EN EL HOGAR

Tipo de Actividad: Trabajo Educación Escuela Secundaria Empleado por su Propia Cuenta Entrenamiento Incapacitado

Nombre del Empleador/Programa/Escuela Secundaria _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha del Comienzo _____ Teléfono(____) _____

PADRE/MADRE/ADULTO – HORARIO TIPICO SEMANAL

(Entre hora de entrada y la hora de salida, y circule AM o PM)

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Entrada	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM
Salida	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM	____:____ AM ____:____ PM

Si su horario de trabajo o actividad es flexible o varía, por favor explique: _____

¿Viaje diario a/del local de cuidado de niños/actividad? _____ minutos

¿Usa usted transportación publica? SÍ NO

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): _____

SECCIÓN 4, CONTINUADO: TRABAJO/EDUCACIÓN/ACTIVIDAD DE ENTRENAMIENTO

2. _____ ¿Trabaja de su casa? SÍ NO

NOMBRE DEL PADRE/MADRE U OTRO ADULTO EN EL HOGAR

Tipo de Actividad: Trabajo Educación Escuela Secundaria Empleado por su Propia Cuenta Entrenamiento Incapacitado

Nombre del Empleador/Programa/Escuela Secundaria _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha del Comienzo _____ Teléfono(_____)

PADRE/MADRE/ADULTO – HORARIO TIPICO SEMANAL

(Entre hora de entrada y la hora de salida, y circule AM o PM)

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Entrada	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM
Salida	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM	_____ AM _____ PM

Si su horario de trabajo o actividad es flexible o varía, por favor explique: _____

¿Viaje diario a/del local de cuidado de niños/actividad? _____ minutos ¿Usa usted transportación publica? SÍ NO

SECCIÓN 5: MANUTENCIÓN INFANTIL PAGADO

Si usted u otro adulto viviendo en su hogar pagan manutención infantil, ese aumento puede ser deducido de su ingreso. Si es **SÍ**, los pagos son hechos a _____. Someta verificación de la manutención infantil pagado. ¿Qué es (son) el nombre (los nombres) del niño/a (niños/as) por los cuales usted paga manutención infantil? _____

¿Cuánto paga? \$ _____ ¿Que a menudo? Semanal Cada dos Semanas Dos veces al Mes Mensualmente

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE SUS INGRESOS (Composición del Hogar)

Envíe verificación de todos los ingresos de los padres/madres, padres/madres de niños(as) menores de 18 años, padrastros/madrastras, y niños(as) menores de 18 años. Estos miembros de su familia son parte de su hogar y su ingreso será contado cuando se decida su elegibilidad. Envíe por lo menos 2 semanas de su talonarios MÁS RECIENTES. Si usted es empleado por su propia cuenta, someta una copia de sus impuestos realizados y documentación de impuestos más recientes, incluyendo horarios o recibos del ingreso de su negocio y gastos.

Personas con Ingresos →	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Ingresos Crudos <i>(antes de los impuestos)</i> Y Frecuencia	\$ _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>
Empleo por su Propia Cuenta	\$ _____ <i>por semana o mes</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>por semana o mes</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>por semana o mes</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ <i>por semana o mes</i> <i>(circule uno)</i>
Pago de DCF	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>
Ingreso del Seguro Social	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>
Compensación de Desempleo	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>	\$ _____ <i>por mes</i>
Otro Ingreso <i>(ejemplo: pensión alimenticia, pensiones, compensación al trabajador, beneficios de veterano, ingreso de alquiler que usted recibe)</i>	\$ _____ Tipo: _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ Tipo: _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ Tipo: _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>	\$ _____ Tipo: _____ <i>* por wk bwk sm mo</i> <i>(circule uno)</i>

*CLAVE: *por: wk* (semanal), *bwk* (cada dos semanas), *sm* (dos veces al mes), *mo* (mensualmente)

Certifico que ningún miembro de mi familia, así como se define en la sección 6, tiene activos de la familia que excede \$1,000,000. Un activo se define como: dinero en efectivo, o cualquier artículo de valor, incluyendo la propiedad y los intereses, ya sea real or personal, material o inmaterial, que está disponible para el individuo o la que el individuo tiene el derecho legal o autoridad o poder obtener. SÍ NO

¿Recibe usted estampillas para comida? SÍ NO ¿Recibe usted asistencia del Departamento de Servicios Sociales? SÍ NO

¿Recibe usted asistencia de vivienda? SÍ NO ¿Recibe usted asistencia de cuidado de niños de alguna otra fuente? SÍ NO

Si es **SÍ**, ¿De quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Qué a menudo? _____

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): _____

SECCIÓN 7: RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL PADRE/MADRE

Por favor lea esta próxima sección cuidadosamente. Si hay algo que usted no entiende, llame a **Care 4 Kids** al **1-888-214-5437** y pida que se lo expliquen.

- Cuando haya leído esta sección, por favor firme y feche al final de la página.
- Usted tiene ciertos derechos y hay ciertas reglas que necesita seguir.
- Usted tiene el derecho de archivar una Solicitud y/o una Redeterminación, quitar una Solicitud y/o Redeterminación, o discontinuar su participación con Care 4 Kids en cualquier momento.
- Usted tiene el derecho de ser tratado de manera justa por Care 4 Kids sin tener en cuenta su raza, color de piel, religión, género u orientación sexual, estado civil, país de origen, linaje, edad, opinión política, o incapacidad. Tiene el derecho de pedir los formularios y notificaciones en español. Todos los participantes que no hablan inglés tienen el derecho a un intérprete.
- Usted tiene el derecho de pedir el reviso de cualquier decisión que haya hecho Care 4 Kids sobre su Solicitud y/o Redeterminación. Usted tiene el derecho de hablar con un supervisor o mediador y el derecho de pedir una audiencia del Estado de Connecticut.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que:

- Tengo que reportar cambios en mi situación a Care 4 Kids **dentro de 10 días** del cambio, de la siguiente: cambio de dirección, ingreso de hogares mas del 85% de los Ingresos Medio del Estado, si el niño que recibe beneficios de Care 4 Kids ya no está en el hogar, proveedor de cuidado de niños, y la perdida de empleo o el termino de una actividad aprobada. Para la tabla de los Ingresos Medios de Estado actuales, por favor visite el sitio de Care 4 Kids www.ctcare4kids.com.
- Care 4 Kids puede verificar la información que yo he anotado en este formulario.
- El Departamento de Labor dará información de compensación de desempleo e información de salario de los solicitantes y miembros del hogar para determinar la elegibilidad para Care 4 Kids. La Oficina de la Primera Infancia (OEC) puede revelar información confidencial del Departamento de Labor a su contratista en respeto a beneficios de compensación de desempleo e información de salario pagado trimestralmente sobre individuos quien han firmado la Solicitud y/o Redeterminación, solo como sea necesario, para determinar elegibilidad para el programa de Care 4 Kids.
- La información en este formulario es confidencial. El OEC o su contratista solamente usaran esta información para administrar un Programa del Estado de Connecticut. Información puede ser revelada con otros permitido por ley.
- Care 4 Kids revelara información sobre mi elegibilidad para Care 4 Kids a mi proveedor.
- Care 4 Kids puede ser requerido proveer información sobre solicitantes al programa y participantes a funcionarios de la ley.
- El arreglo de cuidado de niños es entre mi proveedor(a) y yo. El OEC y Care 4 Kids no son responsables por el arreglo de cuidado de niños.
- El Estado de Connecticut puede manejar una visita sin cita para verificar cualquier hogar, empleo, o circunstancia del proveedor.
- Puede ser que Care 4 Kids no pagará el aumento complete cobrados por el proveedor. Yo soy responsable por pagar todos los otros cargos adicionales que el proveedor cobra.
- Yo tengo el derecho para escoger cualquier proveedor de cuidado de niños elegible que alcanza los requisitos de todos aplicables de salud, entrenamiento, y licencia.
- Puede ser que yo sea requerido reembolsar cualquier beneficio recibido en equivocación, incluyendo errores administrativos. Puede ser que yo sea sujeto a proceso criminal por fraude si con conocimiento someto cualquier información falsa a Care 4 Kids o fallo en reportar cambios a tiempo. También puede ser que sea descalificado del programa. Para seguir siendo elegible, tengo que cooperar con el proceso de control de calidad de Care 4 Kids y el Estado de Connecticut.

POR FAVOR LEA Y FIRME: He leído mis derechos y responsabilidades o alguien me lo ha leído en un idioma que yo entiendo. Certifico bajo pena de perjurio, que toda la información prevista es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del otro adulto legalmente responsable viviendo con usted (ejemplo: esposo(a), padre/madre del niño(a), etc.)

Firma de Otro Adulto: _____ Fecha: _____

REGRESE ESTA REDETERMINACIÓN A:

Care 4 Kids ■ 1344 Silas Deane Highway ■ Rocky Hill, CT ■ 06067

FAX: 1-877-868-0871