Redeterminación de Care 4 Kids

Care 4 Kids ▪ 1344 Silas Deane Highway ▪ Rocky Hill, CT 06067
Teléfono: 1-888-214-5437
Fax: 1-877-868-0871

Este formulario nos brindará la información necesaria para determinar su elegibilidad para continuar con la asistencia de Care 4 Kids (C4K).

1. **Rellene esta Redeterminación**. Si necesita ayuda, llame al 1-888-214-5437 o visite www.ctcare4kids.com.
2. **Complete el Formulario de Acuerdo Entre Padre y Proveedor (PPA)** con su proveedor de cuidado de niños. Los proveedores nuevos en programa de Care 4 Kids deben completar un formulario W-9 y regresarlo con el PPA completado. Si necesita asistencia para encontrar un proveedor de cuidado de niños con licencia, llame al 211 Child Care al 2-1-1 o al 1-800-505-1000.
3. Asegúrese de incluir su firma y la fecha en su Redeterminación y PPA. **Los formularios incompletos podrían no ser aceptados provocando <u>un retraso</u> en el procesamiento.**
4. **Proporcione toda la información necesaria.** Junto con su Redeterminación, presente una copia de la información requerida.

La información proporcionada en este formulario deberá ser verificada antes de continuar recibiendo la asistencia de Care 4 Kids. Se pueden presentar los siguientes documentos:

- **Ingresos por Empleo** – Copia de sus talonarios de salario más recientes o una carta de su empleador.
- **Trabajador por Cuenta Propia** – Registros tributarios recientes y declaraciones tributarias, o comprobantes de ingresos y gastos de la actividad económica.
- **Ingresos de Seguro Social** – Notificación actual de otorgamiento, copia del cheque recibido o declaración del seguro social.
- **Manutención Infantil Pagada** – Cheque cancelado, giro, o talonario de sueldo que compruebe la deducción.
- **Pagos de Cuidado de Crianza** – Cheque de estipendio por el cuidado de crianza o carta de otorgamiento del Departamento de Niños y Familias.
- **Ingresos de Renta Que Usted Recibe de Otra Persona** – Registros comerciales o registros de impuestos sobre la renta.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA
Número de Caso C4K: _____

El jefe de familia es el padre/madre o adulto legalmente responsable por los niños 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 está Redeterminación.

PRIMER NOMBRE _____ *INICIAL* _____ *APELLIDO* _____ *FECHA DE NACIMIENTO* _____

DIRECCIÓN _____ *PISO/NÚMERO DE APARTAMENTO* _____

CIUDAD _____ *ESTADO* _____ *CÓDIGO POSTAL* _____ *TELÉFONO PRINCIPAL* _____ *TELÉFONO DEL TRABAJO* _____

GÉNERO _____ *NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)* ___ ___ _____

Estado Civil: ❑ Casado ❑ Soltero ❑ Separado ❑ Divorciado

¿Esta Redeterminación es para asistencia de cuidado de niños para un niño/a de crianza? ❑ SÍ ❑ NO

¿Se encuentra viviendo en una vivienda temporal? ❑ SÍ ❑ NO

¿Ha tenido que mudarse 3 veces o más el último año? ❑ SÍ ❑ NO

¿Es usted miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ❑ SÍ ❑ NO (Si su respuesta es **SÍ**, marque uno de los siguientes casilleros): ❑ Servicio Activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ❑ Reserva de la Guardia Nacional

¿Padece de alguna discapacidad que requiera alojamiento o ayuda adicional? ❑ SÍ ❑ NO

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

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

NOMBRE (Primer Nombre/ Apellido): _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE NIÑOS
Número de Caso C4K: _____

Para ser elegible, los niños deberán ser menores de 13 años. Los niños con necesidades especiales serán elegibles hasta los 19 años.

NIÑOS EN EL HOGAR QUE REQUIERAN ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

CLAVE: A (Asiática) **B** (Negra/Descendente Africana) **C** (Blanca) **N** (Indígena Estadounidense/Natural de Alaska) **P** (Natural de Hawái/Otro Isleño Pacifico)

Nombre del Niño *(Primer Nombre, Inicial, Apellido)*	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Solicitante	¿Aún vive en el hogar?	Género	Raza: *(Marque con un círculo todos los que apliquen)*	¿El niño es Hispano/ Latino?	Número de Seguro Social (*opcional*)	¿El niño es ciudadano del EE. UU.?	¿El niño está al día con las vacunas? *(inmunizaciones)*
1.	___/___/___		❑ SÍ ❑ NO		A B C N P	❑ SÍ ❑ NO	_____-____-_____	❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
2.	___/___/___		❑ SÍ ❑ NO		A B C N P	❑ SÍ ❑ NO	_____-____-_____	❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
3.	___/___/___		❑ SÍ ❑ NO		A B C N P	❑ SÍ ❑ NO	_____-____-_____	❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
4.	___/___/___		❑ SÍ ❑ NO		A B C N P	❑ SÍ ❑ NO	_____-____-_____	❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
5.	___/___/___		❑ SÍ ❑ NO		A B C N P	❑ SÍ ❑ NO	_____-____-_____	❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO

¿Alguno de los niños anotados arriba tiene necesidades especiales? ❑ SÍ ❑ NO
Si su respuesta es **SÍ**, aclare el nombre(s): _____
¿Usted comparte una custodia con alguno de los niños detallados arriba? ❑ SÍ ❑ NO
Si su respuesta es **SÍ**, aclare el nombre(s):_____

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

Primer Nombre, Inicial, Apellido	Fecha de Nacimiento	¿Aún vive en el hogar?	Género	Parentesco con el Solicitante	Número de Seguro Social (*opcional*)
1.	___/___/___	❑ SÍ ❑ NO			_____-____-_____
2.	___/___/___	❑ SÍ ❑ NO			_____-____-_____
3.	___/___/___	❑ SÍ ❑ NO			_____-____-_____

¿Alguno de los niños mencionados arriba tiene sus *propios* hijos viviendo en su hogar? ❑ SÍ ❑ NO Si su respuesta es **SÍ**, aclare los nombres de los padres menores de edad (menos de 18 años) y el nombre de su hijo(s):

Padre(s) Menores de 18 años:

_____

_____

Hijo(s) del Padre Menor de 18 años:

_____

_____

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE OTROS ADULTOS VIVIENDO EN SU HOGAR
Número de Caso C4K: _____

Otros adultos **de 18 años o más** que vivan en su hogar. Incluya a su cónyuge y a cualquier otro pariente, o no pariente, que viva en su hogar.

Primer Nombre, Inicial, Apellido	Fecha de Nacimiento	¿Aún vive en el hogar?	Género	Parentesco con el Solicitante	Número de Seguro Social (*opcional*)	¿Esta persona es padre de algún niño que vive en el hogar?
1.	___/___/___	❑ SÍ ❑ NO			_____-___-_____	❑ SÍ ❑ NO Nombre del Niño
2.	___/___/___	❑ SÍ ❑ NO			_____-___-_____	❑ SÍ ❑ NO Nombre del Niño

¿Alguno de los otros adultos mencionados arriba es miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ❑ SÍ ❑ NO

Si su respuesta es **SÍ**, marque uno de los siguientes casilleros y detalle el nombre del otro adulto(s):

❑ Servicio Activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ❑ Reserva de la Guardia Nacional _____

_____

SECCIÓN 4: TRABAJO/EDUCACIÓN/ENTRENAMIENTOS
Número de Caso C4K: _____

Detalle a todos los padres y adultos, incluso a usted mismo, que actualmente se encuentren trabajado, en entrenamiento, o asistiendo a la escuela. Incluya a los padres o otras personas legalmente responsables de los niños en el hogar, y sus cónyuges. Complete la información para cada actividad/padre/otro adulto. **Si hay más de 2 actividades, haga una copia de esta página o descargue y imprima otra copia de esta página desde el sitio web de Care 4 Kids en www.ctcare4kids.com.**

1. _____

NOMBRE DEL PADRE O OTRO ADULTO VIVIENDO EN EL HOGAR

Tipo de Actividad: ❑ Trabajo ❑ Educación ❑ Escuela Secundaria ❑ Trabajador por Cuenta Propia ❑ Entrenamiento ❑ Incapacitado

Nombre del Empleador/Programa/Escuela _____

Dirección_____ Ciudad _____ Estado____ Código postal_____

Fecha de Comienzo_____ Teléfono (_____)_____

HORARIO SEMANAL TÍPICO DEL PADRE/ADULTO

Detalle la hora de comienzo y finalización, y marque con un círculo AM o PM. Si la actividad tiene más de un horario, por favor indíquelo abajo.

Día de la Semana	Horario 1 Hora de Comienzo	Horario 1 Hora de Finalización	Horario 2 Hora de Comienzo	Horario 2 Hora de Finalización
Domingo	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Lunes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Martes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Miércoles	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Jueves	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Viernes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Sábado	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM

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

_____

¿Cuánto dura el viaje diario desde o hacia el centro de cuidado de niños/actividad?_____ minutos

¿Utiliza el transporte público? ❑ SÍ ❑ NO

¿El tipo de actividad enumerada arriba es una actividad nueva desde la última revisión? ❑ SÍ ❑ NO

Si su respuesta es **SÍ**, cuál fue el último día de su trabajo o actividad anterior: _____ /_____ /_____

¿Tuvo usted algún otro trabajo entre su último día de trabajo y la actividad nueva enumerada arriba? ❑ SÍ ❑ NO

NOMBRE (Primer Nombre/ Apellido): _____

SECCIÓN 4, CONTINUACIÓN: TRABAJO/EDUCACIÓN/ENTRENAMIENTOS
Número de Caso C4K: _____

2. _____
NOMBRE DEL PADRE O OTRO ADULTO VIVIENDO EN EL HOGAR

Tipo de Actividad: ❑ Trabajo ❑ Educación ❑ Escuela Secundaria ❑ Trabajador por Cuenta Propia ❑ Entrenamiento ❑ Incapacitado

Nombre del Empleador/Programa/Escuela _____

Dirección_____ Ciudad _____ Estado____ Código postal_____

Fecha de Comienzo_____ Teléfono (_____)_____

HORARIO SEMANAL TÍPICO DEL PADRE/ADULTO

Detalle la hora de comienzo y finalización, y marque con un círculo AM o PM. Si la actividad tiene más de un horario, por favor indíquelo abajo.

Día de la Semana	Horario 1 Hora de Comienzo	Horario 1 Hora de Finalización	Horario 2 Hora de Comienzo	Horario 2 Hora de Finalización
Domingo	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Lunes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Martes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Miércoles	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Jueves	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Viernes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Sábado	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM

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

¿Cuánto dura el viaje diario desde o hacia el centro de cuidado de niños/actividad?_____ minutos

¿Utiliza el transporte público? ❑ SÍ ❑ NO

¿El tipo de actividad enumerada arriba es una actividad nueva desde la última revisión? ❑ SÍ ❑ NO

Si su respuesta es **SÍ**, cuál fue el último día de su trabajo o actividad anterior: _____ /_____ /_____

¿Tuvo usted algún otro trabajo entre su último día de trabajo y la actividad nueva enumerada arriba? ❑ SÍ ❑ NO

SECCIÓN 5: MANUTENCIÓN INFANTIL PAGADA
Número de Caso C4K: _____

Si usted u otro adulto viviendo en su hogar paga manutención infantil, dicho monto podrá ser deducido de sus ingresos. Si su respuesta es **SÍ**, el pago se realiza a_____. Presente comprobante del pago de la manutención infantil.

¿Cuál es el nombre del niño(s) por el que paga manutención?_____
_____

¿Cuál es el monto de la manutención? $_____

¿Con qué frecuencia? ❑ Por Semana ❑ Cada Dos Semanas ❑ Por Quincena ❑ Por Mes

NOMBRE (Primer Nombre/ Apellido):_____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE INGRESOS
Número de Caso C4K: _____

Envíe comprobante de todos los ingresos, salariales y no salariales, de los padres, padres de niños menores de 18 años, padrastros, y niños menores de 18 años. Estos miembros de la familia son parte de su unidad familiar y sus ingresos serán tenidos en cuenta al momento de determinar su elegibilidad. Envíe al menos 2 semanas de su talonario(s) de pago MÁS RECIENTE(S) o una carta de su empleador. Si usted es trabajador por cuenta propia, presente una copia de sus registros tributarios y declaraciones más recientes, incluyendo los horarios o comprobantes de ingresos y gastos de la actividad económica.

Personas con Ingresos →	**Nombre** _____	**Nombre** _____	**Nombre** _____	**Nombre** _____
Sueldo Bruto *(antes de los impuestos)* **y Frecuencia**	$ _____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*
Trabajador por Cuenta Propia	$ _____ *por* semana o mes *(marque con un círculo)*	$ _____ *por* semana o mes *(marque con un círculo)*	$ _____ *por* semana o mes *(marque con un círculo)*	$ _____ *por* semana o mes *(marque con un círculo)*
Estipendio de DCF	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes
Ingreso de Seguro Seguro Social	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes
Compensación por Desempleo	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes	$ _____ *por* mes
Otros Ingresos *(por ejemplo pensión alimenticia, pensiones, compensación de trabajadores, beneficios para veteranos, ingreso de renta)*	$ _____ Tipo:_____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ Tipo:_____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ Tipo:_____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*	$ _____ Tipo:_____ * *por* wk bwk sm mo *(marque con un círculo)*

CLAVE: por:* ***wk* (por semana), **bwk** (cada dos semanas), **sm** (por quincena), **mo** (por mes)

¿Su unidad familiar posee activos cuyo valor supere $1 millón? ❑ SÍ ❑ NO

¿Recibe asistencia de cuidado de niños de otro origen? ❑ SÍ ❑ NO

Si su respuesta es **SÍ**, ¿De quién?_____ ¿Cuánto? $_____ ¿Con qué frecuencia?_____

SECCIÓN 7: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES
Número de Caso C4K: _____

Por favor, lea la siguiente sección cuidadosamente. Si hay algo que usted no comprenda, llame a **Care 4 Kids** al **1-888-214-5437** y solicite que se lo expliquen.

- Una vez que haya leído esta sección, por favor, firme y feche la página siguiente.
- Usted tiene ciertos derechos y ciertas reglas que debe cumplir.
- Usted tiene derecho a presentar una Solicitud y/o Redeterminación, o a retirar una Solicitud y/o Redeterminación, o discontinuar su participación en Care 4 Kids en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa de parte de Care 4 Kids, sin importar su raza, color, religión, género o orientación sexual, estado civil, país de origen, linaje, edad, opinión política, o incapacidad. Usted tiene derecho a pedir formularios y notificaciones en español. Todos los participantes que no hablen inglés tienen derecho a acceder al servicio de un intérprete.
- Usted tiene derecho a pedir que se revea cualquier decisión tomada por Care 4 Kids con respecto a su Solicitud y/o Redeterminación. Usted tiene derecho a hablar con un supervisor o mediador, y tiene derecho a pedir una audiencia del Estado de Connecticut.

NOMBRE (Primer Nombre/ Apellido):_____

SECCIÓN 7, CONTINUACIÓN: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES
Número de Caso C4K: _____

Yo entiendo y acepto que:

- Debo reportar a Care 4 Kids, **dentro de los 10 días**, acerca de cambios en mi situación relacionados a la siguiente información: cambios de dirección; si los ingresos familiares exceden el 85% del Ingreso Medio Estatal; si el niño que recibe Care 4 Kids ya no se encuentra en el hogar; cambio de proveedor de cuidado de niños; y pérdida de empleo o la finalización de una actividad aprobada. Para consultar el Cuadro de Ingreso Medio Estatal, visite la página web de Care 4 Kids www.ctcare4kids.com.
- Care 4 Kids podrá verificar la información que he dado en este formulario.
- Por la presente, el solicitante da su consentimiento voluntario para que el Departamento de Servicios Sociales comparta información confidencial sobre los beneficios del DSS, sobre el solicitante y los miembros del hogar, para determinar la elegibilidad para Care 4 Kids y para administrar el programa de Cuidado Infantil. La Oficina de la Primera Infancia (OEC) puede proporcionar a su contratista información confidencial del Departamento de Servicios Sociales sobre los beneficios del DSS necesarios para determinar la elegibilidad para el programa de Care 4 Kids y la administración del programa de Cuidado Infantil, para las personas que firmaron la Solicitud. Entiendo que no afectará mi elegibilidad para los programas de DSS si no firmo; que puedo finalizar esta autorización por escrito a OEC en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado; y la información que DSS proporciona a OEC y Care 4 Kids puede divulgarse y no está protegida por las leyes de privacidad. Esta autorización finaliza cuando ya no recibo beneficios de OEC y Care 4 Kids.
- El Departamento de Trabajo brindará información acerca de compensaciones por desempleo y salarios de los solicitantes y miembros de la familia para determinar la elegibilidad para Care 4 Kids. La Oficina de la Primera Infancia (OEC) podrá dar a su contratista información confidencial del Departamento de Trabajo acerca de beneficios de compensaciones por desempleo, e información de pago trimestral de los individuos que firmaron la Solicitud y/o Redeterminación, solo cuando sea necesario, para determinar la elegibilidad para el programa de Care 4 Kids.
- La información que contiene este formulario es confidencial. La OEC o su contratista solo utilizarán esta información para administrar un programa del Estado de Connecticut. La información podrá ser compartida con otros conforme a lo permitido por la ley.
- Care 4 Kids revelará a mi proveedor la información acerca de mi elegibilidad para Care 4 Kids.
- Funcionarios de la ley podrán requerirle a Care 4 Kids que provea información acerca los solicitantes y participantes del programa.
- Los arreglos con respecto al cuidado de niños se realizan entre mi proveedor y yo. La OEC y Care 4 Kids no son responsables de los arreglos relacionados con cuidado de niños.
- El Estado de Connecticut podrá llevar a cabo visitas no programadas para constatar cualquier circunstancia relacionada con un miembro de la familia, empleador o proveedor.
- Care 4 Kids podría no cubrir el monto total cobrado por mi proveedor. Soy responsable de todos los pagos adicionales al proveedor.
- Tengo derecho a elegir cualquier proveedor de cuidado de niños que reúna todos los requisitos aplicables de salud, entrenamiento, y de licencias.
- Es posible que, en caso de recibir beneficios por error, incluso en caso de errores administrativos, se me exija que pague por ellos. Puedo ser sometido a un proceso penal por fraude si, a sabiendas, brindara información falsa a Care 4 Kids o no informara los cambios puntualmente. Además podré ser eliminado del programa. Para continuar siendo elegible, debo cooperar con Care 4 Kids y con el Estado de Connecticut en el proceso de control de calidad.

POR FAVOR LEA Y FIRME: He leído mis derechos y responsabilidades o me fueron leídos en un idioma que comprendo. Certifico, bajo protesta de decir verdad, que toda la información declarada es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante:_____ Fecha:_____

Firma de otro adulto legalmente responsable viviendo con usted (ejemplo: cónyuge, padre/madre del niño o niña, etc.)

Otra Firma:_____ Fecha:_____

DEVUELVE ESTA REDETERMINACIÓN A:
Care 4 Kids ▪ 1344 Silas Deane Highway ▪ Rocky Hill, CT ▪ 06067
FAX: 1-877-868-0871