

## Lista de Verificación del Solicitud/Redeterminación y Documentos de Apoyo

Gracias por completar la Solicitud/Redeterminación para Care 4 Kids (C4K). Para completar su solicitud, asegúrese de enviar los siguientes documentos requeridos:

**Formulario de Acuerdo Entre Padre y Proveedor (4 páginas)**

- Es requerido para todas las solicitudes y redeterminaciones.
- Debe ser completado por usted y el proveedor de cuidado de niños.
- Si su proveedor de cuidado de niños es nuevo en el programa Care 4 Kids, se requiere el formulario W-9 del proveedor.
- Proveedores licenciados en hogar familiar y parientes sin licencia deben completar el Programa de Orientación para Proveedores a fin de ser elegibles para el pago. (Regístrese en <https://www.ctcare4kids.com/provider-information/unlicensedrelativeproviders/provider-orientation-registration/>)
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al 2-1-1 Child Care al 2-1-1 o al 1-800-505-1000.

Si **está empleado actualmente**, se requiere lo siguiente para usted y el otro padre o madre legal que viva en su hogar (si corresponde):

**Verificación de Ingresos del Empleo Actual (p. ej., recibos de pago, carta del empleador)**

- Si tiene un ingreso semanal, presente los últimos 4 recibos de pago
- Si tiene un ingreso quincenal o semi mensual, presente los últimos 2 recibos de pago
- Si tiene un ingreso mensual o anual, presente el último recibo de pago

Si **está comenzando un nuevo empleo**, se requiere lo siguiente para usted y el otro padre o madre legal que viva en su hogar (si corresponde):

**Verificación del Empleo Nuevo (Carta del Empleador)**

- El empleador debe completar las cartas con la siguiente información:
  - Fecha actual
  - Fecha del inicio del empleo
  - Promedio del horario semanal
  - Ingresos brutos
  - Título y número de teléfono de contacto de la persona que escribió la carta

Si **trabaja por cuenta propia**, se requiere lo siguiente para usted y el otro padre o madre legal que viva en su hogar:

**Verificación de Trabajo por Cuenta Propia**

- Los formularios del IRS más recientes firmados y fechados (1040, Anexo 1 y Anexo C); o
- Forma de Trabajo por Cuenta Propia (puede encontrarlo en <https://www.ctcare4kids.com/wp-content/uploads/2019/01/Self-Employment-Form-Spanish.pdf>); y
- Documentación de gastos

Si **tiene una discapacidad**, se requiere lo siguiente para usted y el otro padre o madre legal que viva en su hogar:

- Formulario de Discapacidad (puede encontrarlo en <https://www.ctcare4kids.com/wp-content/uploads/2021/03/Disability-Verification-Form.pdf>)

**\*\*Si participa en un programa de educación superior, diploma de educación general (GED)/equivalencia de escuela secundaria, de desarrollo de la fuerza laboral/entrenamiento, se requiere lo siguiente para usted y el otro padre o madre legal que viva en su hogar (si corresponde):**

- Educación Superior**       **GED**       **Programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral/Entrenamiento**
- Verificación escrita de la inscripción de la institución educativa/programa de entrenamiento, incluyendo el horario de clases actuales. Esta verificación escrita debe incluir, como mínimo:
    - Nombre del padre/madre y la fecha de inscripción.
    - Nombre de la institución, la persona de contacto y la información de contacto (número de teléfono).
    - Si no se incluye en el horario de clases, la declaración por escrito también debe incluir la cantidad de horas de crédito o la cantidad de horas de clases presenciales o en línea por semana.

Si alguno o todos aplican, se requiere lo siguiente para cualquier persona que viva en su hogar:

- Ingresos del Seguro Social** - aviso de la adjudicación actual, copia del cheque actual o declaración de la Administración del Seguro Social.
- Pagos de Manutención Infantil** - cheque cancelado, giro postal o recibo de sueldo que muestre la deducción para manutención infantil pagada a un adulto que no vive en su casa.
- 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.

**\*\* A través de la American Rescue Plan Act of 2021 (ARPA, Ley Federal de Plan de Rescate Estadounidense de 2021), Connecticut recibió financiación de asistencia para el cuidado de niños a fin de proporcionar actividades extendidas de educación y entrenamiento para los padres y madres que participan en el programa de asistencia para el cuidado de niños Care 4 Kids. Esta expansión tiene un plazo limitado debido a los fondos.**

**Formularios faltantes o incompletos no serán aceptados y RETRASARÁN EL PROCESAMIENTO.**

# 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

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

El jefe de familia es el padre, la madre o el adulto legalmente responsable del/los niño(s). Si el padre es menor de **18** años y vive con un adulto, el adulto se considera como el solicitante y debe completar y firmar esta Redeterminación.

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	/	/	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN					PISO/NÚMERO DE APARTAMENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	( )	( )	TELÉFONO DEL TRABAJO
TELÉFONO PRINCIPAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)					

Género:  F (Femenino)  M (Masculino)

Estado Civil:  Casado  Soltero  Separado  Divorciado

¿Su unidad familiar posee activos cuyo valor supera \$1 millón?  SÍ  NO

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

¿Se encuentra en una situación de vivienda temporal?  SÍ  NO

¿Se ha mudado 3 veces o más en el año pasado?  SÍ  NO

¿Es usted un miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?  SÍ  NO (Si su respuesta es **SÍ**, marque uno de los siguientes casilleros)

Servicio Militar Activo de EE. UU.  Reserva de la Guardia Nacional

¿Padece alguna discapacidad que requiera una acomodación o ayuda adicional para completar esta Redeterminación?  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)

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL OTRO PADRE QUE VIVE EN SU HOGAR

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

DEBE incluir a su cónyuge, pareja de unión civil u otro padre o madre legal de sus hijos que vive en su hogar.

Primer Nombre, Inicial, Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Relación al Solicitante	Número de Seguro Social (opcional)	¿Esta persona es padre de algún niño que vive en el hogar?
1.	_ / _ / _	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		- - -	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nombre del Niño _____

¿Es el adulto anotado arriba un miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?  SÍ  NO

Si su respuesta es **SÍ**, marque uno de los siguientes casilleros:

Servicio Militar Activo de EE. UU.  Reserva de la Guardia Nacional

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los niños menores de 18 años que viven en el hogar. Para ser elegible para el cuidado de niños, los niños deben ser menores de 13 años. Los niños con necesidades especiales pueden ser elegibles menores de 19 años.

CLAVE: A (Asiática) B (Negra/Descendiente Africana) C (Blanca) N (Indígena Estadounidense/Natural de Alaska) P (Natural de Hawái/Otro Isleño del Pacífico)  
NA (Prefiero no contestar)

Nombre del Niño <i>(Primer Nombre, Inicial, Apellido)</i>	¿Necesita Cuidado de Niños?	Fecha de Nacimiento	Relación al Solicitante	Género	Raza <i>(marque con un círculo todos los que correspondan)</i>	¿Es el niño Hispano/Latino?	Número de Seguro Social <i>(opcional)</i>	¿Estado de Ciudadanía?	¿El niño está al día con las vacunas? <i>(inmunizaciones)</i>
1.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	___/___/___		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A B C N P NA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	___/___/___		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A B C N P NA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	___/___/___		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A B C N P NA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	___/___/___		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A B C N P NA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	___/___/___		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A B C N P NA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Alguno de los niños anotados arriba tiene necesidades especiales?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, provee el nombre(s) del niño(s):

\_\_\_\_\_

¿Usted comparte la custodia compartida con alguno de los niños enumerado arriba?  SÍ  NO

Si su respuesta es **SÍ**, provee el nombre(s) del niño(s):

\_\_\_\_\_

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

Padres Menores de 18 años:

Hijos del Padre Menor de 18 años:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SECCIÓN 4: TRABAJO/ACTIVIDAD DE ENTRENAMIENTO Y INFORMACIÓN DE INGRESOS

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

Complete la información a continuación para **todos** los padres o madres del hogar. 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](http://www.ctcare4kids.com).

Complete la siguiente información sobre su trabajo/actividad de entrenamiento.

NOMBRE DEL PADRE O MADRE DEL HOGAR

- Tipo de Actividad:  Trabajo  Escuela Secundaria  Trabajador por Cuenta Propia  
 Entrenamiento o Educación aprobada por JFES  
 Educación Superior  GED/ Educación de Adultos  
 Programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral/Entrenamiento

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4, CONTINUACIÓN:

### TRABAJO/ACTIVIDAD DE ENTRENAMIENTO Y INFORMACIÓN DE INGRESOS

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador/Negocio/Programa/Escuela \_\_\_\_\_

Industria del Empleador/Tipo de Trabajo (p. ej., negocio minorista, construcción, bienes raíces, contratista, etc) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se le paga?  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

En promedio, ¿cuántas **horas por semana** trabaja o participa en una actividad de entrenamiento? \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántos **días por semana** trabaja o asiste a una actividad de entrenamiento? \_\_\_\_\_

¿Cuánto le pagan antes de que se deduzcan los impuestos (ingreso bruto)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto le pagan antes de que se deduzcan los impuestos y los gastos (ingreso bruto)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

Si trabaja por cuenta propia, ¿cuáles son sus gastos (monto en dólares)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

¿Cuál es su viaje diario de ida y vuelta desde el lugar de cuidado de niños al trabajo/actividad?

Ninguno  1-30 minutos  31-60 minutos  Más que 60 minutos

¿Utiliza el transporte público?  Sí  NO

No puede proporcionar cuidado debido a una condición física o mental significativa, una discapacidad o impedimento que, según se prevé, durará al menos un mes calendario. (Se requerirán verificaciones)

**Si el otro padre o madre en el hogar está trabajando o en una actividad de entrenamiento, o si usted tiene una segunda actividad, complete la siguiente información:**

#### NOMBRE DEL PADRE O MADRE DEL HOGAR

Tipo de Actividad:  Trabajo  Escuela Secundaria  Trabajador por Cuenta Propia

Entrenamiento o Educación aprobada por JFES

Educación Superior  GED/ Educación de Adultos

Programa de Desarrollo de la Fuerza Laboral/Entrenamiento

Nombre del Empleador/Negocio/Programa/Escuela \_\_\_\_\_

Industria del Empleador/Tipo de Trabajo (p. ej., negocio minorista, construcción, bienes raíces, contratista, etc) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se le paga?  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

En promedio, ¿cuántas **horas por semana** trabaja o participa en una actividad de entrenamiento? \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántos **días por semana** trabaja o asiste a una actividad de entrenamiento? \_\_\_\_\_

¿Cuánto le pagan antes de que se deduzcan los impuestos (ingreso bruto)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto le pagan antes de que se deduzcan los impuestos y los gastos (ingreso bruto)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

Si trabaja por cuenta propia, ¿cuáles son sus gastos (monto en dólares)? \$ \_\_\_\_\_

Cada Hora  Semanal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual  Anualmente

¿Cuál es su viaje diario de ida y vuelta desde el lugar de cuidado de niños al trabajo/actividad?

Ninguno  1-30 minutos  31-60 minutos  Más que 60 minutos

¿Utiliza el transporte público?  Sí  NO

No puede proporcionar cuidado debido a una condición física o mental significativa, una discapacidad o impedimento que, según se prevé, durará al menos un mes calendario. (Se requerirán verificaciones)

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 5: MANUTENCIÓN INFANTIL PAGADA Y INFORMACIÓN ADICIONAL DEL INGRESO

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

¿Alguien que vive en su hogar **paga manutención infantil**?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, enviar la verificación de la manutención infantil pagada.

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

¿Alguien que vive en su hogar recibe un **estipendio del DCF**?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿quién lo recibe? \_\_\_\_\_

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

¿Alguien que vive en su hogar recibe **compensación por desempleo**?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿quién lo recibe? \_\_\_\_\_

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

¿Alguien que vive en su hogar recibe **ingresos del Seguro Social**?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿quién lo recibe? \_\_\_\_\_

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

¿Recibe **asistencia de cuidado de niños de otra fuente**?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿de quién? \_\_\_\_\_

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

¿Alguien que vive en su hogar recibe **algún otro ingreso** (p. ej., pensión alimenticia, pensiones, compensación de trabajadores, beneficios para veteranos, ingreso de renta)?  SÍ  NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿quién lo recibe? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ingresos? \_\_\_\_\_

¿Cuánto se paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semenal  Quincenal  Semi Mensual  Mensual

## SECCIÓN 6: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

Por favor, lea la siguiente sección cuidadosamente. Si hay algo que usted no comprende, llame a **Care 4 Kids** al **1-888-214-5437**.

- Una vez que haya leído esta sección, **por favor firme y feche** la página siguiente.
- Usted tiene derecho a presentar o retirar una Solicitud, o a 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 discapacidad.
- Usted tiene derecho a pedir formularios y notificaciones en español. Todos los participantes que no hablen inglés tienen derecho a servicios de un intérprete.
- Usted tiene derecho a pedir una revisión de cualquier decisión tomada por Care 4 Kids con respecto a su Solicitud. Usted tiene derecho a hablar con un supervisor o mediador, y tiene derecho a pedir una audiencia del Estado de Connecticut.

### 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](http://www.ctcare4kids.com).
- Care 4 Kids podrá verificar la información que he dado en este formulario.
- Con mi firma, por la presente doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) comparta con la Oficina de la Primera Infancia (OEC) información confidencial retenida por el DSS sobre mí y miembros menores del hogar, para ser utilizado por la OEC para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP). La OEC obtendrá información confidencial únicamente de DSS bajo circunstancias permitidas por la ley estatal y federal. Entiendo que la OEC puede compartir esta información confidencial con el administrador de CCAP, Care 4 Kids. Información confidencial obtenida de DSS se utilizará únicamente con el propósito de la elegibilidad y los beneficios de CCAP y no se difundido fuera de la OEC o del administrador de CCAP, o en violación de la ley federal o estatal. Entiendo que mis beneficios del DSS no se verán afectados por este consentimiento y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la OEC, 450 Columbus Boulevard, Suite 303, Hartford, CT 06103. Esta autorización vence automáticamente un año después de la fecha indicada en la solicitud.
- 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 de Connecticut (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, solo cuando sea necesario, para determinar la elegibilidad para el programa de Care 4 Kids.

NOMBRE (Primer Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 6, CONTINUACIÓN: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

Número de caso de C4K: \_\_\_\_\_

- 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.
- Puede ser requerido que Care 4 Kids proporcione información sobre los solicitantes y participantes del programa a los agentes del orden.
- 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 verificar 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.
- Entiendo que si soy elegible para Care 4 Kids, los beneficios no comenzarán hasta que se reciba y verifique toda la información.
- 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 pena de perjurio, 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 (p. ej., cónyuge, padre/madre del niño o niña, etc.)*

Firma del Otro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DEVUELVA ESTA REDETERMINACIÓN A CARE 4 KIDS**

**EN LÍNEA: <https://www.ctcare4kids.com/upload/>**

**ENVÍO POR CORREO O ENTREGA: Care 4 Kids ■ 1344 Silas Deane Highway ■ Rocky Hill, CT ■ 06067**

**FAX: 1-877-868-0871**