

# DIVISIÓN DE BIENESTAR SERVICIOS DE APOYO SOCIAL


## Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS) trabaja en colaboración con The Children's Cabinet y Las Vegas Urban League para proporcionar asistencia de cuidado de niños a las familias de bajos ingresos para que los padres puedan trabajar. El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) paga una porción de los costos de cuidado de niños para familias elegibles basado en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños y recibir una evaluación formal. La siguiente tabla puede utilizarse como guía para determinar si su familia podría ser elegible.


### Cómo solicitar asistencia

Puede ponerse en contacto con cualquiera de los centros siguientes en persona, por teléfono, fax o correo electrónico para solicitar asistencia o conseguir más información sobre nuestro programa.

#### En el sur de Nevada

 <p>Las Vegas Urban League</p>	<p><b>ADMINISTRACIÓN</b> 2470 N. Decatur, Ste. 150 Las Vegas, NV 89108 Teléfono: (702) 473-9400 Llame gratis al: (855) 4UL-KIDS Fax: (702) 405-8583 Fax elegibilidad: (702)410-9906 Email: <a href="mailto:childcareinfo@lvul.org">childcareinfo@lvul.org</a></p>
---	---

#### En el norte de Nevada

 <p>The Children's Cabinet</p>	<p><b>ADMINISTRACIÓN</b> 1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 856-6210 Fax: (775) 856-6208 Llame gratis al: 1-800-753-5500 Email: <a href="mailto:mail@childrenscabinet.org">mail@childrenscabinet.org</a></p>	<p>4055 S. Virginia St Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 746-5511 Fax: (775) 746-5530</p>	<p>2527 N. Carson St. Ste. N° 255 Carson City, NV 89706 Teléfono: (775) 684-0880 Fax: (775) 887-1365 Llame gratis al: 1-866-434-2221</p>
--	---	--	--

### Ayuda para encontrar a un proveedor de cuidado de niños

El cuidado de niños de calidad ayuda a su niño a desarrollarse y prepararse para la escuela. Si usted necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de niños de calidad u otro recurso, comuníquese con uno de los miembros de nuestro personal del programa de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños llamando a The Children's Cabinet o a Las Vegas Urban League (indicados arriba).

## DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

# Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

*“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”*

### Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

### Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
  - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
  - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
  - Residencia de Nevada;
  - Todos los ingresos;
  - Parentesco de todos los miembros del hogar;
  - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

### Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

### Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

**Información importante** – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

### Acomodaciones especiales

#### Special Accommodations

*Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.*

This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL  
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

**LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR.** *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

**INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:**

**Origen étnico:** **H** = Hispano/latino **N** = No hispano/latino

**Raza:** **A**–Asiático; **B**–Negro o afroamericano; **I**– Indio Americano o Nativo de Alaska; **N**–Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **W**–Blanco

**Estado civil:** **S**–Soltero; **M**–Casado; **N**–Separado; **D**–Divorciado; **W**–Viudo

**ADULTOS:**

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
	Sí mismo							

**NIÑOS (menores de 18 años):**

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección residencial				Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Dirección de correo electrónico					

**Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:**

<p><b>1. ¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____</p>
<p><b>2. ¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____</p>
<p><b>3. ¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____</p>

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_

5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Fecha prevista de regreso: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Fecha prevista del parto: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de bienes: \_\_\_\_\_

10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero?  Sí  No

12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños?  Sí  No

Si la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado

**INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES):** Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores

<input type="checkbox"/> 1 – TANF	<input type="checkbox"/> 08 – Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> 15 – WIC	<input type="checkbox"/> 22 – Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/> 2 – SNAP	<input type="checkbox"/> 09 – Seguro de discapacidad temporal	<input type="checkbox"/> 16 – Propinas	<input type="checkbox"/> 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad
<input type="checkbox"/> 3 – Vivienda subvencionada	<input type="checkbox"/> 10 – Dinero para educación/Becas Pell	<input type="checkbox"/> 17 – Dividendos	<input type="checkbox"/> 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes
<input type="checkbox"/> 4 – Pagos de cuidado temporal	<input type="checkbox"/> 11 – Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> 18 – Regalías	<input type="checkbox"/> 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación
<input type="checkbox"/> 5 – Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones o préstamos	<input type="checkbox"/> 19 – Intereses	<input type="checkbox"/> 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación
<input type="checkbox"/> 6 – Dinero en pago único	<input type="checkbox"/> 13 – Retiro ferroviario	<input type="checkbox"/> 20 – Ganancias de juego	<input type="checkbox"/> 27 – Subvenciones de adopción
<input type="checkbox"/> 07 – Asignación militar	<input type="checkbox"/> 14 – Liquidaciones de seguro	<input type="checkbox"/> 21 – Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> 28 – Medicaid

Otro: \_\_\_\_\_

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

**EMPLEO:** Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	<b>Horario:</b> <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom <b>De:</b> <b>A:</b>
		Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	<b>Horario:</b> <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom <b>De:</b> <b>A:</b>

**CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN:** Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			
	Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:**

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

**PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:**

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono:</i> (      )
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono:</i> (      )

**SUS DERECHOS**

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente.

Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

**AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD**

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del padre legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

**Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.**

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo padre o tutor del niño(s)	Fecha
---	-------	---	-------

**SI NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR DONDE RESIDE EN LA ACTUALIDAD,  
¿DESEA INSCRIBIRSE AQUÍ HOY MISMO?**

(Marque una respuesta)

SÍ     NO

**Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.**

La **Ley Nacional de Registro de Votantes** le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

**AVISO IMPORTANTE:** El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

**Firma**

**Fecha**

**CONFIDENCIALIDAD:** Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.







**SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA** Núm. de Solicitud  
**SÓLO USE TINTA NEGRA O AZUL – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE**

**ADVERTENCIA: PROVEER DATOS FALSOS CONSTITUYE UN DELITO MAYOR (FELONY) E INCLUYE UNA MULTA DE HASTA \$20,000.**

Se requiere completar todas las casillas al menos que esté marcado Opcional. Si no provee toda la información requerida, su solicitud para inscribirse como votante no estará completa.

<b>1.</b>	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i> ¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> ¿Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>				
<b>2.</b>	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo	
<b>3.</b>	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio) Apto. # Ciudad			Estad <b>NV</b> Código Postal	
<b>4.</b>	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable) Apto. # Ciudad			Estad Código Postal	
<b>5.</b>	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	<b>6.</b>	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	<b>7.</b>	Número de Teléfono (Opcional)
<b>8.</b>	<input type="checkbox"/> Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación. Los últimos 4 dígitos de mi Número de Seguro Social son: XXX – XX – _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación, y no tengo un Número de Seguro Social. Si selecciona esta opción, usted será contactado por su Departamento de Elecciones del Condado para obtener más información una vez que reciban su solicitud. <i>Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.</i>				
<b>9.</b>	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: <input type="checkbox"/> Militar Domestico (o cónyuge o dependiente de un militar) – Sólo seleccione si usted está en el servicio activo y estará ausente de su lugar de registro. <input type="checkbox"/> Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero				
<b>10.</b>	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial	<b>11.</b>	<input type="checkbox"/> <b>MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE</b>		
<b>12.</b>	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla <input type="checkbox"/> Partido Demócrata (Democratic Party) <input type="checkbox"/> Partido Independiente Americano (Independent American Party) <input type="checkbox"/> Partido Libertario de Nevada (Libertarian Party of Nevada) <input type="checkbox"/> No Partidista (no afiliación a un partido) (Nonpartisan - No Political Party) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (Republican Party) <input type="checkbox"/> Otro Partido – Escriba Abajo _____	<b>13.</b>	Yo juro o afirmo que soy ciudadano de los EE.UU. Tendré por lo menos 18 años de edad para la fecha de la próxima elección, o si indiqué en la Casilla 1 arriba que me estoy preinscribiendo para votar, tengo por lo menos 17 años de edad. He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección en la cual tengo la intención de votar. La dirección residencial aquí adentro anotada es mi único lugar de residencia legal y no reclamo ningún otro lugar como mi residencia legal. Si estoy preinscrito para votar, yo entiendo y confirmo que estaré considerado registrado para votar desde la fecha cuando cumpla 18 años a menos que mi preinscripción sea cancelada por cualquier medio o por cualquiera de las razones que se cancela el registro de votante de acuerdo al Capítulo 293 de los Estatutos Revisados de Nevada (Nevada Revised Statutes). Yo no estoy actualmente cumpliendo una pena de prisión por un delito mayor. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.  <div style="text-align:center;"> <b>FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA)</b>   <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align:right; margin-top: 10px;">           _____            (MM/ DD / AAAA)         </div>		
<b>14.</b>	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (Opcional) – (Nombre Usado, Dirección, Estado, etc.)				
<b>15.</b>	¡Importante! Si está asistiendo a una persona a inscribirse como votante y no ha sido designado como funcionario encargado de inscripciones ("Field Registrar") por el Secretario del Condado/Registrador de Votantes o no es un empleado de una agencia para inscribir votantes, usted DEBE llenar esta casilla. Su firma es requerida. Falta de no hacerlo constituye un delito mayor.				
	Nombre Completo	Dirección de Correo	Ciudad/Estado/Código Postal	Firma	

**SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBREADA.**

DATE STAMP	<input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> IN PERSON <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. RECEIVED BY:
------------	--	-----------------------------------	---------------------------------

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

<b>NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD</b> (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)	<b>OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA</b> (Contact Information, Address, Telephone, Fax)	<b>RECIBO DE VOTANTE</b> (Favor de Guardar su Recibo)  Su información de registro de votante ha sido enviada a su Oficina de Elecciones del Condado para procesamiento. Dentro de 10 días, después de recibir su información, su Oficina de Elecciones del Condado le enviará por correo una Tarjeta de Inscripción Como Votante de Nevada o un aviso si se requiere información adicional para completar su inscripción.  <b>NUM. DE SOLICITUD</b>
---	---	--

**INSTRUCCIONES**

**Casilla 1 – PREINSCRIPCIÓN:** Todo ciudadano de los EE.UU. que tiene 17 años de edad y más pero menos de 18 años de edad, y ha vivido continuamente en este estado por 30 días o más puede preinscribirse para votar por cualquier medio disponible para que una persona se inscriba para votar de acuerdo con la ley de Nevada. Si una persona se preinscribe para votar, él o ella será considerado un votante registrado desde el día que cumpla 18 años de edad para su cumpleaños de sus 18 años al menos que la preinscripción de la persona haya sido cancelada o él o ella no cumpla los requisitos de elegibilidad de votante.

**Casilla 2 – NOMBRE:** Requerido. Por favor escriba su nombre tal como aparece en su Licencia de Conducir de Nevada o Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada o en su Tarjeta de Seguro Social.

**Casilla 3 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL:** Requerido. Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio donde usted realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde realmente vive. Un apartado postal no se puede declarar como dirección residencial.

**Casilla 4 – DIRECCIÓN DE CORREO:** Opcional. Incluya su dirección de correo si es diferente a su dirección residencial. Incluya el apartado postal o servicio de buzón privado, si es aplicable.

**Casilla 8 – IDENTIFICACIÓN:** Requerido. Incluya el número de su Licencia de Conducir de Nevada o su Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada. Si no tiene ninguna de las dos, debe proporcionar los últimos 4 dígitos del número de su Seguro Social. Si no tiene una Licencia de Conducir de Nevada o Número de Seguro Social, usted será contactado por el Departamento de Elecciones del Condado para más información cuando se reciba su inscripción.

**Casilla 9 – MILITAR:** Requerido, si es aplicable. Marque la casilla aplicable.

**Casilla 12 – AFILIACIÓN DE PARTIDO POLÍTICO:** Requerido. Marque su selección de un partido político calificado, "No Partidista" u "Otro Partido." Si marca "Otro Partido," usted puede imprimir el nombre de un partido político no listado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, usted recibirá una boleta no partidista para la Elección Primaria.

**Casilla 13 – DECLARACIÓN:** Requerido. Firme y Fecha. Los derechos al voto son inmediatamente restituidos después de cumplir su sentencia por delito mayor.

**Casilla 14 – ACTUALIZACIÓN DE DATOS:** Opcional. Usted puede incluir la última dirección en donde estaba registrado para votar. Esto ayuda al Secretario del Condado / Registrador de Votantes identificarlo a usted como el solicitante.

**Casilla 15 – ASISTENCIA:** Requerido, si es aplicable. Si usted ayuda a una persona preinscribirse o inscribirse como votante, usted debe llenar la Casilla 15. *EL NO HACERLO CONSTITUYE UN DELITO MAYOR.*

**FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:**

- ❖ Por Correo – Matasellado pare el cuarto martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes – Para el tercer martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En línea – Para el jueves antes de empezar el primer día del periodo de la votación anticipada.
- ❖ Para Elecciones Especiales /de Revocación – Comuníquese con el Secretario del Condado o el Registrador de Votantes.

**REGISTRACIÓN PARA VOTAR EL MISMO DÍA:** Votantes elegibles en Nevada pueden registrarse y votar o actualizar su registro existente en persona en cualquier sitio de votación durante la votación temprana o el día de elección.

**¿INTERESADO EN SER TRABAJADOR ELECTORAL?** Por favor comuníquese con la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes.

**AVISO:** Se le recomienda que entregue su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes en persona o por correo. Si opta entregar su solicitud completa a otra persona para entregarla al Secretario del Condado o Registrador de Votantes de su parte, y la persona falla en entregar su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes, usted no será preinscrito o registrado para votar, como corresponde. Por favor retenga la copia duplicada o el recibo de votante de su solicitud para preinscribirse o inscribirse para votar.

CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO ELECTORAL	CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO ELECTORAL
<b>Carson City Clerk</b> (775) 887-2087	885 East Musser Street, Suite 1025, Carson City, NV 89701	<b>Lincoln Clerk</b> (775) 962-8077	181 North Main Street, Suite 201, Pioche, NV 89043
<b>Churchill Clerk</b> (775) 423-6028	155 North Taylor Street, Suite 110, Fallon, NV 89406	<b>Lyon Clerk</b> (775) 463-6501	27 South Main Street, Yerington, NV 89447
<b>Clark Registrar</b> (702) 455-8683 (702) 455-3666	965 Trade Drive, Suite A, North Las Vegas, NV 89030 P.O. Box 3909, Las Vegas, NV 89127 en español	<b>Mineral Clerk</b> (775) 945-2446	105 South A Street, Suite 1, Hawthorne, NV 89415 P.O. Box 1450, Hawthorne, NV 89415
<b>Douglas Clerk</b> (775) 782-9014	1616 8 <sup>th</sup> Street, 2 <sup>nd</sup> Floor, Minden, NV 89423 P.O. Box 218, Minden, NV 89423	<b>Nye Clerk</b> (775) 482-8127	101 Radar Road, Tonopah, NV 89049 P.O. Box 1031, Tonopah, NV 89049
<b>Elko Clerk</b> (775) 753-4600	550 Court Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, Elko, NV 89801	<b>Pershing Clerk</b> (775) 273-2208	398 Main Street, Lovelock, NV 89419 P.O. Box 820, Lovelock, NV 89419
<b>Esmeralda Clerk</b> (775) 485-6309	233 Crook Avenue, Goldfield, NV 89013 P.O. Box 547, Goldfield, NV 89013	<b>Storey Clerk</b> (775) 847-0969	26 South B Street, Drawer D, Virginia City, NV 89440
<b>Eureka Clerk</b> (775) 237-5262	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 P.O. Box 694, Eureka, NV 89316	<b>Washoe Registrar</b> (775) 328-3670	1001 E. 9th Street, Reno, NV 89512
<b>Humboldt Clerk</b> (775) 623-6343	50 West 5 <sup>th</sup> Street, #207, Winnemucca, NV 89445	<b>White Pine Clerk</b> (775) 293-6509	801 Clark Street, Suite 4, Ely, NV 89301
<b>Lander Clerk</b> (775) 635-5738	50 State Route 305, Battle Mountain, NV 89820		

---



---



---



<p>FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING</p>
--

---



---



---



# PROGRAMA DE SUBSIDIOS DE CUIDADO INFANTIL • ACUERDO DEL CLIENTE CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM • CLIENT AGREEMENT

Este proyecto está financiado en parte por un acuerdo con la División de Bienestar y Servicios de Apoyo de Nevada.



El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil (*Child Care Subsidy Program*) presta ayuda con el costo del cuidado infantil a las familias elegibles. Los beneficios se pagan directamente al proveedor a cargo del cuidado infantil de elección del cliente mientras se encuentra en una actividad aprobada. No se garantizan los beneficios a ninguna familia – estos son condicionales en base a la capacidad de la familia que califica para los servicios según las reglas/pautas de elegibilidad actuales, y los fondos disponibles en la categoría del servicio. Los clientes que accedan al Programa de Subsidios de Cuidado Infantil deben cumplir con las siguientes reglas/pautas. Si no lo llegan a hacer, esto podría resultar en la descalificación o conclusión/terminación del programa.

Lea este documento con mucha atención, ya que explica sus derechos y las expectativas del programa mientras que usted recibe los beneficios de Subsidios de Cuidado Infantil.

## Documentos requeridos

El hogar debe proporcionar documentos que respalden la elegibilidad (en base a una solicitud). Estos incluyen:

- Solicitud de subsidio completa y firmada
- Verificación de la edad del niño/niña
- Verificación de las necesidades especiales (si se aplica al caso)
- Tarjeta de Seguro Social (si se aplica al caso)
- Identificación contable de cada adulto y padre/madre del menor
- Verificación de ciudadanía (solo de los niños que necesiten cuidado infantil)
- Registro de vacunación (debe formar parte del archivo del proveedor)
- Propósito del cuidado/actividad de los miembros adultos
- Verificación de la relación familiar
- Verificación de la custodia
- Verificación/prueba de residencia de Nevada
- Verificación de la composición del hogar
- Comprobante de todos los ingresos del hogar
- Otras informaciones solicitadas por el personal

\* Nota: Los hogares que cumplen con la definición de "personas sin hogar - *homeless*" tendrán hasta 90 días para proporcionar algunas verificaciones que no están disponibles, o no se pueden obtenerse fácilmente.

## Requisitos de informes/reportes

Se debe informar acerca de los siguientes cambios al Programa de Subsidios de Cuidado Infantil **dentro del transcurso de 10 días del calendario de la ocurrencia:**

- Composición del hogar
- Cambios en el horario
- Residencia y/o dirección postal
- Fuente nueva de ingresos, o aumento de ingresos
- Proveedor a cargo del cuidado infantil
- Pérdida de empleo/actividad aprobada

La falta de no informar o comunicar estos cambios a tiempo podría resultar en un sobrepago de beneficios que tendrá que reembolsarse al Programa de Cuidado Infantil. **NOTA IMPORTANTE:** La información de estos cambios son necesarios para poder mantener su caso actualizado y garantizar el pago adecuado de sus servicios de cuidado infantil.

## Cargos que cubre el cuidado infantil

El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil pagará hasta la tarifa máxima permitida por el estado, según la edad del niño, el tipo de proveedor, la tarifa del proveedor y la ubicación de la instalación. La tarifa aprobada del programa, las fechas de inicio y finalización de la cobertura se enumerarán en el Certificado o Notificación de Decisión.

- Los pagos por el cuidado infantil se realizan según el horario aprobado cuando el padre/madre utiliza solo un proveedor, o el padre/madre utiliza varios proveedores, con un horario establecido que no se superpone.
- Los pagos por el cuidado infantil se realizan en función a la asistencia actual al lugar cuando el padre/madre utiliza varios proveedores con un horario variado, el proveedor solo cobra por la asistencia actual, o cuando el cliente lo solicita.
- A todos los clientes se les permite **hasta 21 días discrecionales** por niño, por calendario anual, a utilizarse por las ausencias de cuidado infantil (por ejemplo, días de enfermedad, feriados, o vacaciones). El uso de días discrecionales debe ser autorizado por el cliente en la hoja o planilla de horario del proveedor.
  - Cuando los pagos por el cuidado infantil se basan en el horario aprobado, los días discrecionales se utilizan durante las semanas que no asiste el niño. Si el niño/niña asiste al menos un día a la semana, el reembolso se realizará según el horario aprobado.
  - Cuando los pagos por el cuidado infantil se basan en la asistencia actual al lugar, se podrían utilizar los días discrecionales para los días aprobados en que el niño se encuentra ausente.
- El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil pagará las tarifas de registro del proveedor que no excedan el monto máximo estatal.

## Cargos no reembolsables por el cuidado infantil

- Los clientes pagarán cualquier tarifa que no cubra el Programa de Subsidios de Cuidado Infantil directamente a su proveedor a cargo del cuidado infantil dentro del período de tiempo requerido por el proveedor (por ejemplo, excedentes, cargos por demora, matrícula escolar, comidas, transporte, ropas o prendas de vestir/uniformes).

- Los clientes son responsables de pagar sus co-pagos directamente a su proveedor a cargo del cuidado infantil, de acuerdo con las reglas/políticas del proveedor a cargo del cuidado infantil. Los clientes deben tener un saldo de cero dólares de co-pago, o un acuerdo de pago con el proveedor, antes de transferirse a un nuevo proveedor.
- Los clientes tendrán que pagar por todos los días de cuidado infantil que no hayan sido autorizados en el certificado.

### **Uso de los servicios de cuidado infantil**

- Los clientes pueden inscribirse con un proveedor de su elección (dentro de los requisitos legales y de licenciatura, así como las pautas establecidas por el Programa de Subsidios de Cuidado Infantil y de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo de Nevada).
- Todos los clientes (o representantes autorizados) deben registrar la entrada y salida del niño todos los días en la Hoja o Planilla de Asistencia de Cuidado Infantil y Reembolso del Proveedor.
- Los clientes (o representantes autorizados) también deben firmar la hoja o planilla de horario de modo que se pueda autorizar al proveedor a que utilice los días discrecionales para los días de no asistencia. Por favor lea el formulario de la planilla de horario para obtener más detalles.
- Los clientes deben firmar la planilla de asistencia al final de cada mes para verificar que la información es precisa y está completa, de modo que se pueda pagar por el cuidado infantil subsidiado.
- Los clientes deben notificar al Programa de Subsidios de Cuidado Infantil dentro de 10 días del calendario posteriores al cambio de un nuevo proveedor, y/o cuando cambia el estatus de cuidado infantil (por ejemplo, el proveedor ha cerrado, ha cambiado de licencia, etc.). El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil deberá completar y aprobar la documentación apropiada antes de que se autoricen los servicios continuos de cuidado infantil.
- Si utiliza los servicios de un proveedor que no tiene licencia (Familia, Amigo o Vecino - *Family, Friend, o Neighbor* por sus siglas FFN), en ningún momento el cliente y el proveedor podrán tener la misma residencia.

### **Terminación de los beneficios de subsidio**

Los servicios de subsidio podrían concluir o terminarse si:

- El cliente no proporciona la información requerida antes de la fecha de vencimiento en el formulario de Solicitud de Información.
- Los ingresos del cliente exceden los límites establecidos por el Estado, o cuando no hay fondos disponibles.
- El niño/niña excesivamente está ausente, y el cuidado infantil no se utiliza de manera constante.
- Se determina, a través de un repaso o revisión del caso, que el cliente no es elegible debido a informes inoportunos o inexactos en el momento de la solicitud, y/o durante el período de certificación.
- El cliente no coopera con el Control de Calidad, Investigaciones y Recuperación, o cualquier otra División de Bienestar y Servicios de Apoyo.

### **Revisiones de los casos**

- El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil (*Child Care Subsidy Program*) y la División de Bienestar y Servicios de Apoyo (*Division of Welfare and Supportive Services*, por sus siglas DWSS) (financiador) tienen derecho a revisar el registro de cualquier cliente y/o proveedor para asegurarse de la entrega oportuna y precisa de los informes por parte del cliente y el proveedor, y la determinación precisa de elegibilidad por parte del personal del Programa de Subsidios de Cuidado Infantil.
- El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil y DWSS podrían volver a verificar la información reportada contactando a terceros (por ejemplo, el empleador, propietario, proveedor a cargo del cuidado infantil, etc.) de modo que se pueda garantizar la exactitud de los registros del caso.
- El personal del Programa de Subsidios de Cuidado Infantil podría acceder a los sistemas de datos estatales u otros para verificar la información reportada por parte del cliente a otros programas que ofrecen beneficios (por ejemplo, TANF, SNAP, etc.).
- Podría solicitarse que los clientes proporcionen documentación adicional como parte del repaso o revisión de un caso. En caso de que no se coopere con la revisión, esto podría resultar en la suspensión o terminación de los servicios.

### **Pagos en exceso/infracciones o violaciones intencionales del programa**

- Los clientes serán responsables de reembolsar los fondos realizados a los proveedores que hayan resultado de los informes/reportes inoportunos o inexactos.
- Si se les declara culpables a los clientes por una Violación Intencional del Programa (*Intentional Program Violation*, por sus siglas IPV), los beneficios de subsidio futuros estarán sujetos a una disminución porcentual de dos (2) niveles durante seis (6) meses por la primera ocurrencia, y una disminución porcentual de tres (3) niveles por la segunda ocurrencia durante doce (12) meses, y la tercera (3) ocurrencia resultará en una inelegibilidad permanente de estos beneficios.

### **Derechos del cliente**

Los padres/tutores legales de los niños que participan en el programa de subsidios de cuidado infantil tienen derecho a:

- Escoger a un proveedor a cargo del cuidado infantil que esté activamente inscrito (o que sea elegible para inscribirse) en el Programa de Subsidios de Cuidado Infantil.
- Tener acceso ilimitado a los niños y al proveedor que cuida a esos niños durante las horas normales de funcionamiento del proveedor, y tener acceso siempre que los niños estén bajo el cuidado del proveedor.

- Recibir información sobre todas las opciones disponibles al cliente y otras reglas/políticas y prácticas relacionadas con los servicios de cuidado infantil, incluyendo los requisitos reglamentarios/licencia aplicables y los procedimientos de quejas.
- Presentar quejas verbales y por escrito con respecto a cualquier proveedor a cargo del cuidado infantil, y revisar información sobre las quejas corroboradas de los proveedores.
- Exigir que el proveedor a cargo del cuidado infantil pase por una verificación exhausta de antecedentes para poder ofrecer cuidado infantil.
- Revisar los informes de inspección del proveedor a cargo del cuidado infantil completados por el Departamento de Licencias a cargo del Cuidado Infantil (hogares con licencia, centros y programas recreativos fuera del horario escolar (*Out of School Recreational*, por sus siglas OSR) y/o el sub-beneficiario de cuidado infantil (para los proveedores FFN y programas fuera del horario escolar (OST)) .
- Apelar decisiones relacionadas cuando se ha negado servicios, o conclusión/terminación de los servicios del programa (se excluye cambios masivos realizados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo del Estado de Nevada, y la pérdida de cuidado infantil relacionada con la conclusión de los períodos de certificación).

Al firmar este documento, entiendo que si hago declaraciones falsas o engañosas, oculto o retengo hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios podrían reducirse, negarse o terminarse, y a mi se me podría descalificar de participar en el programa, podría ser procesado criminalmente, o de otra manera ser sancionado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del esposo(a)/co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre del esposo(a)/co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha