

Solicitud de Child Care Assistance Program (Programa de Asistencia para Cuidado de Menores) de Minnesota

Esta es la Solicitud de Child Care Assistance Program (CCAP) de Minnesota. Usted podría ser elegible para recibir ayuda con sus gastos de cuidado de menores para que pueda trabajar, buscar trabajo o asistir a la escuela. CCAP puede pagar a cualquier proveedor legal de cuidado infantil que se registre en la agencia local de asistencia al cuidado infantil. Esto incluye a los proveedores certificados, licenciados o no, mayores de 18 años. Si usted no tiene un proveedor de cuidado de menores, puede solicitar los beneficios del CCAP y pedir ayuda para encontrar un proveedor.

Para calificar, su familia debe:

- Ser elegible de acuerdo con los niveles de ingresos estipulados;
- Cumplir con los requisitos de empleo y capacitación:
 - Trabajar por lo menos un promedio de 20 horas a la semana (10 horas a la semana si es estudiante a tiempo completo) con un sueldo mínimo, o
 - Participar en buscar trabajo, asistir a la escuela o a clases de capacitación, o
 - Cumplir con las actividades de un plan de empleo de Minnesota Family Investment Program - MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota)/Diversionary Work Program - DWP (Programa de Asistencia para Trabajo Inmediato).
- Cooperar con el cumplimiento de manutención de menores para todos los menores en la familia que tienen un padre ausente.

Lea estas instrucciones antes de llenar la solicitud.

El folleto del Programa de Asistencia para Cuidado de Menores titulado [“Do you need help paying for child care?” \(¿Necesita ayuda para pagar el cuidado de menores? - DHS-3551\)](#) le proporciona información sobre el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores y sobre cómo escoger un proveedor de cuidado de menores.

Sírvase seguir estas instrucciones cuando llene su solicitud.

- Escriba en letra de imprenta con tinta negra.
- Lea todas las instrucciones y responda todas las preguntas completamente.
- Si necesita más espacio, utilice el espacio extra de la página 19 o adjunte hojas adicionales.
- **Proporcione prueba de toda la información solicitada.** Esto incluye prueba de:
 - Identidad de cada adulto en su familia
 - Residencia/Domicilio
 - Edad y relación con usted de cada niño de su familia
 - Estado de ciudadanía o inmigración de cada niño de su familia que necesita cuidado de menores
 - Horario escolar y fecha de conclusión del programa para cada adulto de su familia
 - Todo ingreso contabilizado, sea laboral o no, y los horarios de trabajo
 - Las deducciones permitidas, tales como el pago de primas de seguro y manutención conyugal o de menores.
- El condado o la tribu tiene que solicitarle su número de Social Security (Seguro Social). No es obligatorio que usted lo proporcione para ser elegible para la asistencia.
- Lea la sección de “Advertencia sobre sanciones” de este formulario.
- Lea [Derechos y Responsabilidades del Cliente \(Client Responsibilities and Rights - DHS-4163\)](#), [Notificación de Prácticas de Privacidad \(Notice of Privacy Practices - DHS-3979\)](#) y [El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores y el fraude: preguntas y respuestas para las familias \(The Child Care Assistance Program and fraud: Questions and answers for families - DHS-3943B\)](#) al final de este formulario. Estos documentos se incluyen en las páginas que usted desprenderá para conservarlas.
- Firme y feche la solicitud.
- Envíe por correo o por fax, o lleve la solicitud llena y todos los demás artículos necesarios a la dirección que se indica a continuación.

- **Si tiene preguntas o problemas para obtener la información, comuníquese con la oficina de servicios humanos del condado o la tribu donde usted vive.**

Una vez que se reciba su solicitud, usted recibirá una notificación escrita sobre su elegibilidad dentro de los 30 días calendario siguientes, o de los 45 días si fuera necesario.

Si se necesita más información, un trabajador de cuidado de menores lo llamará o le escribirá.

Envíe la solicitud por correo a: →

AFFIX COUNTY LABEL HERE

Si desea ayuda, llame a este número de teléfono.



Para obtener esta información en formatos accesibles, consulte a su trabajador del condado. Para obtener asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, comuníquese con el coordinador de la ley ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de su condado. ADA4 (2-18)

Solicitud de Child Care Assistance Program (Programa de Asistencia para Cuidado de Menores) de Minnesota

Child care assistance staff only				
CASE NUMBER	CCAP WORKER NAME		MFIP WORKER NAME	COUNTY DATE STAMP
MFIP BEGIN DATE	MFIP END DATE	EMPLOYMENT SERVICES AGENCY	EMPLOYMENT SERVICES WORKER	

1. Solicitante

Díganos sobre usted y dónde vive.

- Incluya *prueba de su identidad*, tal como una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte, tarjeta de identificación escolar o certificado de nacimiento.
- Incluya *prueba de su residencia/domicilio*, tal como uno de los artículos antes indicados o una copia de una factura reciente de servicios públicos, contrato de arrendamiento o documento de hipoteca.

PERSONA 1				
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE		SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO		NO. DE TELÉFONO (CASA)	NO. DE TELÉFONO (TRABAJO)	OTRO NO. DE TELÉFONO
ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Soltero				
¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?		¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
ORIGEN ÉTNICO (opcional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RAZA (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
¿Ha recibido o solicitado alguna vez asistencia para cuidado de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
SI LO HA HECHO, ¿CUÁNDO?		¿DÓNDE? (CIUDAD DE MN)		CONDADO DE MN
¿Recibe usted un subsidio de vivienda o de la Section 8 (Sección 8)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
¿Desea usted registrarse para votar o actualizar su registro electoral? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

Situación de vivienda: (opcional, elija uno)

- Vivienda propia: alquiler, hipoteca o compañero de cuarto
- Refugio de emergencia
- Hospital, instalaciones de tratamiento, centro de desintoxicación u hogar de ancianos
- Cárcel, prisión o centro de detención de menores
- Se niega a responder
- Un lugar que no fue diseñado para ser vivienda (cualquier lugar al aire libre, un vehículo, un edificio abandonado, un autobús/tren/aeropuerto)
- Con familiares o amigos debido a dificultades económicas (responda la pregunta a continuación)
- Proveedor de servicio: hogar de crianza, hogar grupal
- Desconocido
- Hotel o motel

Si seleccionó "Con familiares o amigos debido a dificultades económicas", ¿comparte temporalmente una vivienda debido a la pérdida de la vivienda, la falta de vivienda asequible o razones similares?

- Sí No

2. Miembros de la familia

Díganos sobre todas las demás personas que viven en su hogar.

Incluya todos los miembros del hogar, tanto adultos como niños. Incluya a los miembros de la familia que no viven con usted, pero que se espera que regresen a su hogar.

Adultos:

- Incluya a su cónyuge, el padre/la madre de menores de su familia que viven con usted y todos los demás adultos que viven con usted, sean o no miembros de la familia.
- Incluya prueba de identidad de cada adulto de su familia, tal como una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte, tarjeta de identificación escolar o certificado de nacimiento.

Niños:

- Liste todos los niños menores de 18 años de edad que viven con usted. Liste los niños en orden, desde el mayor hasta el menor.
- Incluya a los niños de 18 años y mayores si son estudiantes a tiempo completo y usted les proporciona el 50% o más de su sustento financiero.
- Incluya prueba de la relación de cada niño con usted, tal como un certificado de nacimiento, registro de adopción, declaración de tutela legal o partida de bautismo.
- Incluya prueba de la edad de cada niño, tal como uno de los artículos antes indicados o un registro de la escuela o de vacunación.
- Incluya un comprobante de ciudadanía o estado inmigratorio para cada niño que necesite asistencia para cuidado de menores, como por ejemplo un certificado de nacimiento, un registro de adopción o una tarjeta de USCIS (Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EE.UU.).

Nota: La prueba de ciudadanía o inmigración no se usará para fines de inmigración.

***Códigos de RAZA** (marque todos los que correspondan)

A = Asiático B = Negro o Afroamericano N = Indio Americano o Indígena de Alaska
P = Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico W = Blanco

PERSONA 2			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY	ORIGEN ÉTNICO (<i>opcional</i>) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
RAZA (<i>opcional</i>) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		RELACIÓN CON USTED	
CIUDADANÍA Si esta persona es un niño que necesita cuidado de menores, ¿es el niño ciudadano de Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?

PERSONA 3			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY	ORIGEN ÉTNICO (<i>opcional</i>) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
RAZA (<i>opcional</i>) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		RELACIÓN CON USTED	
CIUDADANÍA Si esta persona es un niño que necesita cuidado de menores, ¿es el niño ciudadano de Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?

PERSONA 4			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY	ORIGEN ÉTNICO (<i>opcional</i>) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
RAZA (<i>opcional</i>) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		RELACIÓN CON USTED	
CIUDADANÍA Si esta persona es un niño que necesita cuidado de menores, ¿es el niño ciudadano de Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?

PERSONA 5					
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		NÚMERO DE SOCIAL SECURITY	
RAZA (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		RELACIÓN CON USTED			
CIUDADANÍA Si esta persona es un niño que necesita cuidado de menores, ¿es el niño ciudadano de Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?	

PERSONA 6					
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		NÚMERO DE SOCIAL SECURITY	
RAZA (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		RELACIÓN CON USTED			
CIUDADANÍA Si esta persona es un niño que necesita cuidado de menores, ¿es el niño ciudadano de Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escrito preferido?	

Para otros miembros de su grupo familiar, utilice la página en blanco que hay al final de la solicitud.

3. Manutención de menores y arreglo de custodia

Liste todos los niños de su familia que tienen un padre que no vive en su casa. Si su hijo pasa tiempo con su otro padre, describa el plan o los arreglos de custodia compartida. Bajo cada día, indique el tiempo que el menor está con usted, ya sea debido a custodia compartida o a un acuerdo de visitas.

MENOR 1							
NOMBRE DEL MENOR			NOMBRE DEL PADRE QUE NO VIVE EN SU HOGAR			¿Recibe usted sustento de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horario de Custodia Compartida/Visitas – Indique el tiempo que el menor pasa con el padre que no vive en su hogar.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

MENOR 2							
NOMBRE DEL MENOR			NOMBRE DEL PADRE QUE NO VIVE EN SU HOGAR			¿Recibe usted sustento de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horario de Custodia Compartida/Visitas – Indique el tiempo que el menor pasa con el padre que no vive en su hogar.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

MENOR 3							
NOMBRE DEL MENOR			NOMBRE DEL PADRE QUE NO VIVE EN SU HOGAR			¿Recibe usted sustento de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horario de Custodia Compartida/Visitas – Indique el tiempo que el menor pasa con el padre que no vive en su hogar.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

MENOR 4							
NOMBRE DEL MENOR			NOMBRE DEL PADRE QUE NO VIVE EN SU HOGAR			¿Recibe usted sustento de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horario de Custodia Compartida/Visitas – Indique el tiempo que el menor pasa con el padre que no vive en su hogar.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

MENOR 5							
NOMBRE DEL MENOR			NOMBRE DEL PADRE QUE NO VIVE EN SU HOGAR			¿Recibe usted sustento de menores? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horario de Custodia Compartida/Visitas – Indique el tiempo que el menor pasa con el padre que no vive en su hogar.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

4. Información sobre estudiantes - menores

Llene esta sección para todos los niños de su familia que están **ahora en la escuela o planean ir a la escuela dentro de los próximos doce meses.**

- Si actualmente no concurre a la escuela, escriba la fecha de inicio.
- Incluya a los niños de 18 años y mayores que viven con usted si son estudiantes a tiempo completo y usted proporciona el 50% o más de su sustento financiero. Incluya un comprobante de su estado escolar, como por ejemplo un estado de cuenta de pago de cuota o confirmación de matriculación en la escuela, la fecha en la que estima que completarán su programa y su sustento financiero.
- Para niños de edad preescolar: Indique "Head Start" o "preescolar" en el campo de "GRADO" si el menor asiste a uno de esos programas.
- Incluya el comprobante de la situación de matrícula escolar de los menores con ingreso laboral.

ESTUDIANTE 1							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO
Días y horas en que el estudiante asiste a la escuela							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ESTUDIANTE 2							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO
Días y horas en que el estudiante asiste a la escuela							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ESTUDIANTE 3							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO
Días y horas en que el estudiante asiste a la escuela							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ESTUDIANTE 4							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO
Días y horas en que el estudiante asiste a la escuela							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ESTUDIANTE 5							
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO
Días y horas en que el estudiante asiste a la escuela							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

5. Ingresos

Indique todos los ingresos que reciben usted y todos los miembros de su familia.

- Incluya los ingresos que reciben los miembros de la familia que están temporalmente ausentes de su hogar.
- Informe los ingresos del trabajo por cuenta propia en la pregunta 5.B *Ingresos de trabajo por cuenta propia*.
- Incluya prueba del horario de trabajo y de los ingresos más recientes de los últimos 30 días, tales como salario, propinas, comisiones y bonos.

A. Ingresos laborales (sueldos)

¿Alguno tiene empleo? No Sí – complete para cada persona que trabaja:

Ingresos #1						
NOMBRE DEL EMPLEADO		NOMBRE DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE TRABAJO (en caso de que sea diferente)			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PAGO DE NÓMINA POR HORA			CANTIDAD DE HORAS POR SEMANA			
¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE PAGOS?						
<input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada dos semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Otro _____						
CANTIDAD TOTAL PAGADA DESPUÉS DE DESCUENTOS				FECHA DE INICIO DE TRABAJO		
FECHA DEL PRIMER CHEQUE DE PAGO				FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE DE PAGO		

Ingresos #2						
NOMBRE DEL EMPLEADO		NOMBRE DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE TRABAJO (en caso de que sea diferente)			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PAGO DE NÓMINA POR HORA			CANTIDAD DE HORAS POR SEMANA			
¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE PAGOS?						
<input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada dos semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Otro _____						
CANTIDAD TOTAL PAGADA DESPUÉS DE DESCUENTOS				FECHA DE INICIO DE TRABAJO		
FECHA DEL PRIMER CHEQUE DE PAGO				FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE DE PAGO		

B. Ingresos de trabajo por cuenta propia

¿Alguno trabaja por cuenta propia? No Sí – complete para cada persona que trabaja:

Llene esta sección si usted o alguien en su familia **trabaja por cuenta propia**. Ejemplos de ingresos de trabajo por cuenta propia incluyen ventas de productos, ventas de bienes raíces, servicios personales, agricultura, cuidado de menores en el hogar y propiedad de alquiler.

Hay dos opciones que se utilizan para calcular el ingreso del trabajo por cuenta propia:

- Utilizar el ingreso tributable del trabajo por cuenta propia como se determina en una declaración del impuesto federal presentada ante el IRS y correspondiente al año más reciente, sin admitir ciertos gastos para reducir el ingreso. Para utilizar este método, usted debe haber presentado una declaración de impuestos correspondiente al año más reciente y debe haberla enviado con las planillas incluidas.
- Utilizar el 50% el actual ingreso bruto del trabajo por cuenta propia. Para utilizar este método, usted debe presentar la documentación de su actual ingreso bruto del trabajo por cuenta propia que refleje su futuro ingreso previsto, tal como libros de contabilidad o declaraciones de impuestos y las planillas correspondientes.

El monto calculado del ingreso del trabajo por cuenta propia afecta la elegibilidad por ingresos, el copago por familia, la capacidad para cumplir requisitos de empleo y el monto que puede autorizarse para el cuidado. Para cualquiera de los dos métodos, incluya un comprobante de horario de trabajo, tal como un calendario con las horas de trabajo. Comuníquese con la agencia del CCAP para obtener más información y analizar sus opciones.

Ingresos #1			
NOMBRE DEL ADULTO		TIPO DE NEGOCIO	
FECHA DE INICIO	CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	INGRESOS MENSUALES ANTES DE LAS DEDUCCIONES	GASTOS MENSUALES

Ingresos #2			
NOMBRE DEL ADULTO		TIPO DE NEGOCIO	
FECHA DE INICIO	CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	INGRESOS MENSUALES ANTES DE LAS DEDUCCIONES	GASTOS MENSUALES

C. Ingresos no ganados:

Llene esta sección para cada tipo de **ingresos no ganados** que usted o alguien en su familia recibe.

- Incluya prueba de todos los ingresos no ganados, tales como un talón de cheque, una carta de adjudicación, un formulario de ayuda financiera, o una declaración escrita de la fuente de los ingresos más recientes de los últimos 30 días.

Tipo	Sí No	Nombre de la persona que recibe los ingresos	Con qué frecuencia los recibe	Monto
Asistencia pública (MFIP, DWP, GA, TANF Tribal [Tribus])	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Manutención de menores/ Manutención conyugal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Seguro de desempleo (Unemployment Insurance)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Pagos de seguro (liquidaciones, discapacidad a corto o largo plazo, etc.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
RSDI – Retirement, Survivors, Disability Insurance (jubilación, Sobrevivientes, Seguro de Incapacidad)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			

Tipo	Sí No	Nombre de la persona que recibe los ingresos	Con qué frecuencia los recibe	Monto
Supplemental Security Income – SSI (Seguro de Ingreso Suplementario)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Beneficios de Veteranos (VA – Veteran’s Benefits)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Contrato para escritura	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Ingreso por fideicomiso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Intereses/dividendos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Pagos de tribus	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Reembolso por cuidado de salud costeable	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Compensación al trabajador	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Otro (ganancias de lotería, herencia, ganancias de capital, etc.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			

D. ¿Espera usted algún cambio en el horario o el ingreso laboral indicado en las secciones A, B o C anteriores?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, DESCRIBA EN DETALLE.

6. Deducciones

Llene esta sección si usted o alguien en su familia tiene algunos de los gastos indicados por los cuales no recibe reembolso.

- Estos gastos pueden deducirse de sus ingresos brutos al determinar su pago compartido mensual.
- Incluya prueba de las deducciones, tales como talones de cheques, declaraciones de beneficios, declaraciones de primas o cartas de adjudicación.

Gasto	¿Con qué frecuencia paga?	Monto
Primas de seguros médicos		
Primas de seguros dentales		
Primas de seguros de la vista		
Manutención de menores pagada para un menor que no vive en el hogar		
Manutención conyugal ordenada por el tribunal		

7. Activos

Entre los activos se incluye dinero en efectivo, cuentas bancarias, vehículos, inversiones y propiedades inmobiliarias (aparte de su vivienda). No incluya la vivienda donde usted vive, bienes personales ni activos de trabajo por cuenta propia (si solo se usan con fines de negocios). ¿Cuánto valen los activos de su familia?

- Los activos de mi familia valen **MENOS DE \$1 millón** (o equivalen a \$1 millón), **O BIEN**
- Los activos de mi familia valen **MÁS DE \$1 millón** (su trabajador se comunicará con usted para obtener más información)

8. Solicitud de asistencia para el cuidado de menores

Llene las secciones que aplican a los miembros adultos de su familia.

A. Enumere a todos los miembros *adultos* de su familia que necesitan ayuda para pagar los costos del cuidado de menores para poder asistir a la escuela o a clases de capacitación.

- Incluya a los miembros de la familia que participan en clases de GED o ESL.
- Incluya prueba de los horarios escolares que muestren los días y las horas en que se imparten las clases y los periodos de vacaciones escolares.

ADULTO 1							
NOMBRE DEL ADULTO				NOMBRE DE LA ESCUELA O EL LUGAR DE CAPACITACIÓN			
PROGRAMA ESCOLAR AL QUE ASISTE					FECHA DE COMIENZO (SI NO ESTÁ YA ASISTIENDO)		
Días y horas que este adulto asiste a capacitación escolar							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ADULTO 2							
NOMBRE DEL ADULTO				NOMBRE DE LA ESCUELA O EL LUGAR DE CAPACITACIÓN			
PROGRAMA ESCOLAR AL QUE ASISTE					FECHA DE COMIENZO (SI NO ESTÁ YA ASISTIENDO)		
Días y horas que este adulto asiste a capacitación escolar							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

B. Liste todos los miembros *adultos* de su familia que necesitan ayuda con los costos de cuidado de menores para poder trabajar.

- Incluya prueba de todos los horarios de trabajo, tal como una tarjeta para marcar las horas o una carta del empleador.

Si el horario de trabajo varía, provea esta información por los dos últimos meses.

ADULTO 1							
NOMBRE DEL ADULTO				NOMBRE DEL EMPLEADOR			
Días y horas en que este adulto trabaja							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

ADULTO 2							
NOMBRE DEL ADULTO				NOMBRE DEL EMPLEADOR			
Días y horas en que este adulto trabaja							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

C. Enumere a todos los miembros *adultos* de su familia que necesitan ayuda para pagar los costos del cuidado de menores para poder buscar trabajo.

NOMBRE DEL ADULTO	CANTIDAD DE HORAS POR SEMANA SOLICITADAS (HASTA 20)
NOMBRE DEL ADULTO	CANTIDAD DE HORAS POR SEMANA SOLICITADAS (HASTA 20)

D. Liste todos los miembros *adultos* de su familia que necesitan ayuda con los costos de cuidado de menores para poder atender a orientaciones de MFIP o a otras actividades de MFIP/DWP en un plan de empleo aprobado.

NOMBRE DEL ADULTO	¿CONSEJERO LABORAL ASIGNADO? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	NOMBRE DEL CONSEJERO LABORAL	TELÉFONO DEL CONSEJERO
NOMBRE DEL ADULTO	¿CONSEJERO LABORAL ASIGNADO? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	NOMBRE DEL CONSEJERO LABORAL	TELÉFONO DEL CONSEJERO

9. Necesidades de cuidado de menores

Liste todos los menores que están asistiendo o que necesitan cuidado de menores.

- La asistencia para cuidado de menores está disponible para niños menores de 13 años de edad y para niños con discapacidades menores de 15 años de edad.
- Llene las preguntas del proveedor que usted usa actualmente o del proveedor de cuidado de menores que ha elegido para su hijo.
- Comuníquese con la oficina de servicios humanos del condado o tribal de la zona donde vive si su hijo tiene necesidades especiales y necesita cuidado especializado.
- La asistencia para el cuidado de menores solo puede pagar por dos proveedores por menor, uno principal y otro secundario.

MENOR 1							
NOMBRE DEL MENOR							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor principal del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor secundario del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							

MENOR 2							
NOMBRE DEL MENOR							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor principal del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor secundario del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							

MENOR 3							
NOMBRE DEL MENOR							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor principal del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor secundario del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							

MENOR 4

NOMBRE DEL MENOR

Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor principal del menor

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO
--	--------------------	-----------------

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---	--------	--------	---------------

¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor	¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____
--

Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor secundario del menor

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO
---	--------------------	-----------------

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--	--------	--------	---------------

¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor	¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____
--

MENOR 5							
NOMBRE DEL MENOR							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor principal del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES PRINCIPAL				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							
Días y horas de cuidado de menores necesarios con el proveedor secundario del menor							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORA DE INICIO							
HORA DE FINALIZACIÓN							
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO					NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE MENORES SECUNDARIO				CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿DÓNDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO? <input type="radio"/> Hogar del proveedor <input type="radio"/> Centro de cuidado de menores <input type="radio"/> Hogar del menor					¿EL PROVEEDOR ESTÁ RELACIONADO CON EL MENOR? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL PROVEEDOR CON EL MENOR? <input type="radio"/> Hermano/a <input type="radio"/> Tía/ Tío <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Otra: _____							

¡Importante! Sírvase leer y firmar esta solicitud.

Autorización para compartir información para investigación de fraude y auditorías.

Doy permiso a los investigadores y terceros autorizados para que compartan mi información durante el transcurso de las investigaciones relacionadas con fraude, prevención de fraude y declaraciones falsas y para llevar a cabo auditorías federales o del estado. Los terceros que pueden compartir mi información con los investigadores incluyen, entre otros, instituciones financieras, agencias de informe de crédito, arrendadores, agencias de viviendas públicas, escuelas, empresas de servicios públicos, agencias de seguros, empleadores, otras agencias gubernamentales y otros según corresponda. Entiendo, además, que mi permiso para compartir mi información permanece en vigor por seis meses después de haber cesado mis beneficios.

Autorización al proveedor.

Las leyes de privacidad estatales y federales protegen mi información. Si soy elegible para recibir asistencia para cuidado de menores, el personal de CCAP puede compartir con mi(s) proveedor(es) de cuidado de menores la información sobre las horas y el monto de asistencia para cuidado de menores que recibo. Se le notificará a mi proveedor cuando se acerque mi fecha de nueva determinación. Entiendo que:

- Esta información debe compartirse de manera que mi proveedor de cuidado de menores sepa cuánto CCAP pagará por el cuidado de menores provisto.
- Esta información puede compartirse sólo si doy mi permiso escrito o si la ley lo permite.
- Puedo rehusar firmar o cancelar esta autorización, pero si lo hago, es posible que CCAP no pueda pagar a mi proveedor por el cuidado de menores provisto.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, por medio de una notificación escrita. Esta notificación escrita no afectará la información ya divulgada.
- La persona o la agencia que recibe mi información podría pasarla a otros.
- Si DHS pasa mi información a otros, es posible que ya no esté protegida por esta autorización.

Esta autorización terminará un año después de la fecha en que la firme. Minnesota Data Privacy Act (Ley de Privacidad de Datos de Minnesota) (Minn. Stat., Ch. 13)

Advertencia de penalidad.

Si recibe beneficios de asistencia con el cuidado de menores, no proporcione información falsa ni oculte información:

- Para recibir o continuar recibiendo beneficios de asistencia para cuidado de menores
- Para ayudar a otro a recibir o continuar recibiendo pagos de asistencia para cuidado de menores.

El estado puede excluir a una familia en la que un miembro desobedezca estas reglas del Child Care Assistance Program. La exclusión dura un año por el primer fraude, dos años por el segundo fraude y es permanente por el tercer fraude. Una persona que suministra información falsa para recibir o que otro reciba asistencia para cuidado de menores también puede ser procesada penalmente.

Si recibo asistencia para cuidado de menores entiendo que:

- Debo cooperar con el cumplimiento de manutención de menores y asignar una parte de la manutención para cuidado de menores al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services). Tengo el derecho de reclamar "causa suficiente" para no cooperar con el cumplimiento de manutención de menores.
- Se me puede requerir que pague un cargo de pago compartido.
- Si mi proveedor de cuidado de menores cobra más que la tasa máxima que se paga en mi condado, pagaré los costos adicionales, así como mi cargo de pago compartido.
- Debo informar todos los cambios en la información que he proporcionado dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que ocurrió el cambio. Estos incluyen los cambios en el estado y los horarios de empleo y actividad, el estado familiar, cambios significativos en los ingresos, la dirección o la residencia, o si alguien se muda de o a la casa de la familia. Vea el documento [Responsabilidades de informe de las familias CCAP \(Reporting Responsibilities for CCAP Families\) \(DHS-6953\)](#) para consultar los requisitos específicos.

- Antes de cambiar mi(s) proveedor(es) de cuidado de menores, debo notificar a la agencia del condado y a mi proveedor de cuidado de menores con 15 días calendario de anticipación. Esta notificación no es necesaria en casos en que:
 - Una licencia de cuidado de menores de Minnesota de un proveedor haya sido suspendida temporal e inmediatamente o
 - Exista un riesgo inminente de daño a la salud, la seguridad o los derechos de un menor bajo del cuidado de un proveedor que no tiene licencia de Minnesota.
- Mi elegibilidad para Child Care Assistance se debe volver a determinar por lo menos cada doce (12) meses.
- Tengo el derecho de elegir cualquier proveedor de cuidado de menores legal, incluso centros con licencia para cuidado de menores, proveedores con licencia para cuidado familiar de menores y proveedores de cuidado de menores que no tienen una licencia legalmente y que cumplen con los requisitos del programa.
- Si elijo un proveedor para que proporcione cuidado de menores en mi hogar, se considera que soy el empleador de dicho proveedor y tengo responsabilidades legales e impositivas. Este cuidado debe ser aprobado por DHS antes que la asistencia para cuidado de menores pueda ser pagada.

Perjurio y declaraciones generales.

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado este formulario y, a mi leal saber y entender, este contiene una declaración verdadera y correcta de cada punto importante. Entiendo que una persona condenada por perjurio puede ser sentenciada a cumplir no más de cinco años de prisión o al pago de una multa no mayor de \$10,000, o ambos. [Minnesota Statute, section 256.984, subd. 1]

Al firmar a continuación:

- He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de la Privacidad (Notice of Privacy Practices) (DHS - 3979), los Derechos y Responsabilidades del Cliente (Client Responsibilities and Rights) (DHS-4163) y El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores y el fraude: preguntas y respuestas para las familias (The Child Care Assistance Program and Fraud – Questions and Answers for Families - DHS-3943B). He leído y comprendo la información. Si tengo preguntas sobre esta información, le pediré a un trabajador que me las explique.
- Convengo en asignar mi manutención para cuidado de menores al estado de Minnesota. Entiendo que tengo el derecho a reclamar causa suficiente por no colaborar con el cumplimiento de manutención de menores.
- Convengo en que se comparta la información como se indicó en la autorización del proveedor y la autorización de información para la investigación de fraude antes descritas.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO		FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE O SEGUNDO SOLICITANTE		FECHA
AGENCY SIGNATURE	DATE	CLIENT GIVEN: <input type="checkbox"/> Client Responsibilities and Rights (DHS-4163) <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) <input type="checkbox"/> The Child Care Assistance Program and fraud: Questions and answers for parents (DHS-3943B)

AGENCY NOTES

Si necesita espacio adicional, utilice esta sección

Si necesita espacio adicional, utilice esta sección

El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores y el fraude: preguntas y respuestas para las familias

¿Qué es el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores?

El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores (a veces conocido como CCAP, por las iniciales de "Child Care Assistance Program") ayuda a los padres con ingresos bajos a pagar por el cuidado de menores, para poder trabajar, ir a la escuela o buscar empleo; el programa también ayuda a garantizar que los menores estén bien cuidados y listos para aprender cuando ingresen a la escuela.

¿Qué leyes rigen el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores?

Usted no está obligado a obtener asistencia para el cuidado de menores; pero, si lo hace, usted y su proveedor de cuidado de menores deben acatar la ley. El incumplimiento de las leyes que rigen el cuidado de menores podría tener consecuencias graves. Algunas de estas leyes se enumeran más abajo. Si tiene preguntas sobre estas leyes, comuníquese con su encargado de cuidado de menores.

¿Qué debo decirle a mi encargado de cuidado de menores?

Si usted obtiene asistencia para cuidado de menores, debe reportar ciertos cambios a su encargado de cuidado de menores dentro de los 10 días calendario de la ocurrencia del cambio. Para obtener más información, consulte la publicación titulada "Reporting responsibilities for Child Care Assistance Program families" (Responsabilidades de informar de las familias bajo el Programa de Asistencia de Cuidado de Menores) ([DHS-6953](#)).

Si usted no reporta los cambios que está obligado a informar dentro de los 10 días calendario, es posible que tenga que devolver el dinero que se le proporcionó como asistencia para cuidado de menores.

Cuando se lo solicite su encargado de cuidado de menores, usted deberá presentarle un comprobante de su ingreso real. Es ilegal presentar talones de cheque salarial por montos diferentes a los que usted realmente ganó a su encargado de cuidado de menores, consejero laboral y/o el condado o la tribu donde recibe los beneficios.

¿Puede el programa pagar los días en que mi hijo no va al cuidado de menores?

Sí, pero hay límites en lo que la asistencia para cuidado de menores puede pagar. Debe llevar a su hijo al cuidado de menores cuando tiene un horario asignado para estar allí. Si su hijo deja de concurrir al centro de su proveedor o necesita menos cuidado de menores, infórmelo a su encargado de cuidado de menores. **Es ilegal que los proveedores de cuidado de menores facturen al Programa de Asistencia de Cuidado de Menores por los días en que su hijo no concurre a menos que el proveedor facture esos días como de ausencia o feriados.**

Días de ausencia

El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores pagará hasta 25 días de ausencia en total por menor, por año calendario (o 10 días seguidos). El programa no pagará días de ausencia a proveedores de cuidado de menores legales sin licencia (LNL).

Los menores con afecciones médicas verificadas o enfermedades que causan ausencias más frecuentes pueden exceder el límite de 25 días de ausencia y el límite de 10 días seguidos. Hay que documentar dichas afecciones médicas o enfermedades en el Formulario de Documentación de Afecciones Médicas del CCAP (CCAP Medical Condition Documentation Form, [DHS-4602](#)).

Cuando se agoten los días de ausencia para el año:

- Su familia puede seguir recibiendo la asistencia para cuidado de menores
- La asistencia para cuidado de menores pagará los días en que su hijo concurre al cuidado de menores
- La asistencia para cuidado de menores no pagará los días en que su hijo no concurre al cuidado de menores
- Su familia tendrá la responsabilidad de pagar por todo día de ausencia que no pague la asistencia para cuidado de menores.

Si un menor se ausenta durante parte de un día, el pago de ese día será por la cantidad de atención programada para ese día y ese día no contará para el límite de 25 días de ausencia.

Feriatos

El Programa de Asistencia para Cuidado de Menores pagará hasta 10 feriatos por año si:

- Su proveedor de cuidado de menores está **cerrado** Y
- El feriado coincide con un día en que su hijo está autorizado y con horario asignado para concurrir al cuidado de menores.

Registros de asistencia

Los registros de asistencia deben ser un registro auténtico de los días y las horas en que cada menor llega al sitio del proveedor de cuidado de menores y se retira de este. Los registros deben incluir la fecha del servicio, el primer nombre y apellido del menor, así como las horas de entrada y salida. Cada día en que un niño concurre, la persona que recoge y trae al menor debe ser la que firma la entrada y salida del menor.

¿Puedo obtener asistencia para cuidado de menores si trabajo por cuenta propia?

Si, la asistencia para cuidado de menores puede ayudar a los padres que trabajan por cuenta propia o son dueños de su propio negocio siempre que:

- La familia cumpla todos los demás requisitos del Programa de Asistencia para Cuidado de Menores, incluso los requisitos de ingreso, Y
- Los padres necesiten el cuidado de menores durante el horario en que trabajan.

¿Puedo obtener asistencia para cuidado de menores si trabajo en un centro de cuidado de menores?

Sí, pero el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores no puede pagar por más de 25 hijos de empleados para que asistan a un centro de cuidado de menores donde trabajan sus padres. Esta ley aplica a los centros tanto con licencia como exentos de licencia. Los padres pueden trabajar en un centro de cuidado de menores al que no concurren sus hijos. Para obtener más información sobre esa ley, consulte la publicación titulada "Child Care Assistance Program Payments for Children of Center Employees – Questions and Answers for Parents" (Pagos del Programa de Asistencia para Cuidado de Menores por Hijos de Empleados del Centro: preguntas y respuestas para los padres) ([DHS-6960C](#)).

¿Qué sucederá si yo no cumpla la ley?

El incumplimiento de las reglas del Programa de Asistencia para Cuidado de Menores podría tener consecuencias graves, tales como:

- Una pérdida de la asistencia para cuidado de menores
- La obligación de devolver el dinero pagado por el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores y/o
- Una determinación de fraude (para obtener más información, lea más abajo).

¿Qué es el fraude?

El fraude consiste en proporcionar —a sabiendas— información falsa al gobierno para obtener asistencia pública para usted u otra persona. La asistencia pública incluye programas tales como asistencia para cuidado de menores, asistencia monetaria, SNAP y asistencia médica.

Es muy importante que usted entregue **información verdadera, completa y actualizada** sobre cada miembro de su grupo familiar. Dicha información se utilizará para determinar el monto de beneficios que deberá recibir. Si su trabajador descubre que la información que usted proporcionó no es cierta, corre el riesgo de perder futuros beneficios de asistencia pública y enfrenta otras sanciones graves.

Compruebe lo que firma

Antes de firmar con su nombre en una solicitud o un formulario, léalo atentamente. Asegúrese de reportar información verdadera sobre usted, su situación y todos los cambios que ocurran en su vida.

Sanciones por fraude

Si usted comete fraude, es posible que pierda su derecho a recibir cualquier beneficio en el futuro. Es posible que también tenga que:

- Devolver el dinero o los beneficios de asistencia pública que haya recibido indebidamente
- Pagar multas adicionales al tribunal
- Ir a la cárcel o la prisión.

¿Cómo puedo denunciar el fraude?

Las personas que hacen trampas con la información relativa a los beneficios de asistencia pública causan problemas graves para sí mismas y también para los demás. Si usted cree que alguien hace trampas o viola la ley, por favor colabore y denúncielo. Para denunciar sospechas de fraude, comuníquese con la Línea Directa de Fraude del Departamento de Servicios Humanos:

- 800-627-9977 (llamada gratuita fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas)
- 651-431-3968 (dentro del área metropolitana de las Ciudades Gemelas)
- En el sitio web <https://fraudhotline.dhs.mn.gov>

Al denunciar un fraude, usted no tiene la obligación de decir su nombre.

Notificación de Prácticas de la Privacidad

(Fecha de vigencia: noviembre de 2016)

Esta notificación describe cómo la información privada acerca de usted puede usarse y revelarse y cómo usted puede obtener esta información. Por favor examínela atentamente.

¿Por qué pedimos esta información?

- A fin de determinar si podemos ayudarlo y cómo hacerlo, recogemos información:
 - Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar
 - Para decidir para qué servicios califica
 - Para ayudarlo a obtener servicios médicos, de salud mental, financieros o sociales, y decidir si usted puede pagar algunos servicios
 - Para decidir si usted o su familia necesita servicios de protección
 - Para decidir si usted o sus hijos necesitan cuidado fuera del hogar o en el hogar
 - Para investigar la exactitud de la información en su solicitud
- Después de que comencemos a prestarle servicios o apoyo, es posible que recojamos información adicional:
 - Para preparar informes, llevar a cabo investigaciones, realizar auditorías y evaluar nuestros programas
 - Para investigar informes de personas que pueden mentir sobre la ayuda que necesitan
 - Para cobrar dinero de otras agencias, como compañías de seguros, si estas deben pagar por su cuidado
 - Para cobrar dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le brindemos a usted
 - Cuando cambian las circunstancias suyas o de su familia, y usted tiene la obligación de informar el cambio (consulte los Derechos y Responsabilidades del Cliente – DHS-4163)

¿Por qué le pedimos su número de Social Security (Seguro Social)?

Necesitamos su número de Seguro Social para proporcionarle asistencia médica, algunos tipos de asistencia financiera o servicios de cumplimiento de manutención de menores (42 CFR 435.910 [2006]; Minn. Stat. 256D.03, subd.3(h); Minn. Stat. 256L.04, subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). También necesitamos su número de Número de Seguro Social para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de Número de Seguro Social se usa para comparar datos por computadora con agencias colaborativas, no lucrativas y privadas a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que puedan afectar su elegibilidad y/o sus beneficios.

Usted no tiene que darnos el número de Seguro Social:

- De las personas en su casa que no están solicitando cobertura
- Si tiene objeciones religiosas
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos y sólo está solicitando Emergency Medical Assistance (Asistencia Médica de Emergencia)
- Si usted es de otro país, está en los Estados Unidos temporalmente y no tiene permiso de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services) para residir en los Estados Unidos permanentemente.
- Si vive en los Estados Unidos sin el conocimiento o la aprobación de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarlo. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Sólo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, colaborativas, no lucrativas y privadas
- Investigadores, auditores, analistas y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud, o inician enjuiciamientos o acciones legales con respecto a la administración de los programas de servicios humanos
- Funcionarios judiciales, fiscal del condado, fiscal general, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención de menores, e investigadores de protección de menores y de fraude
- Oficinas de servicios humanos, incluyendo las oficinas para cumplimiento de manutención de menores

- Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Proveedores de cuidado de salud, incluyendo agencias de salud mental e instalaciones de tratamiento para drogas y alcohol
- Compañías de seguros de cuidado de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que pagan por su cuidado
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación
- Pesquisadores e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobros si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios
- Cualquier otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos acerca de usted?

- Usted y las personas a quienes ha dado permiso pueden ver y copiar la información médica u otra información privada que tenemos acerca de usted. Es posible que usted tenga que pagar las copias.
- Usted puede cuestionar si la información que tenemos acerca de usted es correcta. Deberá enviar sus preocupaciones por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o incompleta. Envíe su propia explicación de la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación cada vez que su información se comparta con otra agencia.
- Usted tiene el derecho de pedirnos por escrito que compartamos la información médica con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podría pedirnos que enviemos la información médica a su dirección de trabajo en vez de a su dirección de la casa. Si consideramos que su solicitud es razonable, la otorgaremos.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no se nos requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud.
- Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.

- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad debido a cambios en las leyes de privacidad. Colocaremos los cambios a nuestras reglas de privacidad en nuestro sitio web en: <http://edocs.dhs.state.mn.us/lfsrserver/Public/DHS-3979-ENG>

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted es menor de 18 años de edad cuando no se requiere el consentimiento de los padres para tratamiento médico, la información no se mostrará a los padres a menos que el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Usted debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo de que compartir la información no es para su provecho, la información no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad han sido violados?

Si usted cree que el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a la siguiente dirección:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
 (Atención: Funcionario de Privacidad)
 Minnesota Department of Human Services
 Attn: Privacy Official
 PO Box 64998
 St. Paul, MN 55164-0998

Derechos y Responsabilidades y del Cliente

Nota: Se proporciona dinero con una tarjeta EBT - Electronic Benefits Transfer (transferencia electrónica de servicios) para ayudar a las familias a cubrir sus necesidades básicas, incluyendo: alimentos, alojamiento, ropa, servicios públicos y transporte. Estos fondos se entregan hasta que las familias puedan sostenerse por sí mismas. Si usted compra o intenta comprar productos de tabaco o alcohol con la tarjeta EBT, incurre en un acto ilegal. Si lo hace, el hecho constituye un fraude y usted será eliminado del programa EBT. Las tarjetas EBT no pueden usarse en un establecimiento de juego por dinero ni comercial que proporciona entretenimiento orientado a adultos donde los artistas se desnudan o actúan sin ropa.

Sus responsabilidades

- **Si usted recibe asistencia monetaria y/o asistencia para cuidado de menores,** tiene la obligación de reportar a la agencia de su condado o tribu los cambios que puedan afectar sus beneficios dentro de los 10 días a partir de ocurrido el cambio. **Si usted obtiene beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), reporte los cambios, a más tardar, el día 10 del siguiente mes.** Cada programa de beneficios puede tener requisitos diferentes para reportar cambios. Consulte al trabajador de su caso sobre lo que usted debe reportar.
 - **Asistencia a la escuela**
 - **Cobertura y primas del seguro médico**
 - **Usted o un miembro de su grupo familiar gana 3,750 dólares o más en la lotería o el juego por dinero.**
- También es posible que deba informar si usted es parte de una demanda iniciada recientemente o si ha sido condenado por un delito mayor relacionado con las drogas.
- Nota:** Si está inscrito en la asistencia para el cuidado de menores y cambia de proveedor de cuidado de menores, debe informar a su trabajador social y proveedor de cuidado de menores al menos 15 días antes de que entre en vigencia el cambio.
- Si tiene preguntas o no está seguro** de las reglas para reportar información, comuníquese con el trabajador de su caso. Si el trabajador de su caso no está disponible, déjele un mensaje para que luego se comunique con usted.
- **La agencia del condado, estatal o federal** puede verificar cualquier información que usted proporcione. El condado debe obtener su consentimiento firmado a fin de recoger ciertas formas de información. Si usted no permite que el condado confirme su información, podría no recibir la asistencia.
 - Si usted proporciona información que sabe que es falsa, si oculta información o si no la reporta como se exige, o luego se descubre que su información es falsa, puede que lo investiguen por fraude. Como consecuencia, puede que sea descalificado para recibir beneficios, que sea acusado de cometer un delito penal, o ambas cosas.
- Puede que le exijan reportar cambios en:**
- **Empleo** – Comenzar o terminar un empleo o negocio; cambio en las horas, las ganancias o los gastos
 - **Ingresos** – recibo o cambio de manutención de menores, Social Security, beneficios de veteranos, seguro de desempleo, herencia, beneficios de seguros.
 - **Propiedad** – compra, venta o traspaso de una casa, automóvil u otros artículos de valor, o si recibe una herencia o acuerdo legal.
 - **Miembros del hogar** – cuando una persona fallece o queda discapacitada, se muda de o al hogar, o se va temporalmente; embarazo; nacimiento o de un hijo.
 - **Ciudadanía o estado migratorio**
 - **Dirección**
 - **Subsidio de los costos y/o el alquiler de la vivienda**
 - **Costo de los servicios públicos**
 - **Custodia de los padres o derechos de visita**
 - **Estado civil**

- La Agencia de Control de Calidad Estatal o Federal podrá seleccionar su caso al azar para revisarlo. Ellos examinarán las declaraciones que usted entregó y comprobarán si se determinó correctamente su elegibilidad. También revisará para saber si hemos determinado su elegibilidad correctamente. La agencia estatal podrá buscar información de otras fuentes y le informará de cualquier contacto que trate de hacer. **Si usted no colabora, sus beneficios pueden cesar.**
- **Requisitos de cooperación:**
 - Si la agencia de su condado o tribu lo aprueba para el Minnesota Family Investment Program (Inversión Familiar de Minnesota) o el Diversionary Work Program (Asistencia para Trabajo Inmediato), usted deberá cooperar con todos los servicios de empleo obligatorios, a menos que esté exento de ello. Debe desarrollar y firmar un plan de empleo con el trabajador de su caso o se denegará su solicitud del Diversionary Work Program.
 - Debe cooperar con la manutención de menores a fin de recibir los beneficios del Minnesota Family Investment Program, del Diversionary Work Program y/o el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores.

Si usted recibe manutención de menores directamente del padre sin custodia física, deberá reportarlo al trabajador de su caso.

Para beneficios monetarios y del Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria):

- **Cada vez que utiliza su tarjeta de EBT o cada vez que firma un cheque**, usted declara que ha informado a la agencia de su condado o tribu sobre todo cambio en su situación que pueda afectar sus beneficios.
- **Cada vez que se utiliza su tarjeta EBT**, se supone que usted ha recibido sus beneficios monetarios o del programa SNAP, a menos que haya informado sobre la pérdida o el robo de su tarjeta a la agencia de su condado o tribu.

Para asistencia para cuidado de menores:

- **Puede que le exijan entregar un pago compartido** a su proveedor de cuidado de menores. Si no paga el cargo, se cancelará su asistencia para el cuidado de menores hasta que se paguen totalmente los cargos o se hayan hecho acuerdos de pago satisfactorios con el condado o la tribu y su proveedor de cuidado de menores.
- **Es posible que deba pagar costos adicionales** cuando su proveedor de cuidado menores cobra una tarifa superior a la tarifa máxima vigente en su condado o tribu.
- **Debe documentar** la condición de inmigración o ciudadanía de los niños de su familia para los que está solicitando asistencia para cuidado de menores.

NOTA: Si firma esta solicitud como representante autorizado de una persona que está solicitando o recibiendo asistencia, **usted conviene en asumir todas las responsabilidades indicadas arriba en nombre de dicha persona.**

Sus derechos

- **Su derecho a la privacidad.** Su información privada, incluyendo su información médica, está protegida por las leyes estatales y federales. El trabajador de su caso le ha entregado una hoja de información con la Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, DHS-3979) que explica estos derechos.
- **Usted tiene derecho a volver a solicitar** en cualquier momento si sus beneficios cesan.
- **Tiene derecho a recibir una copia** impresa o electrónica de su solicitud del programa SNAP.
- **Si no hemos procesado su solicitud con prontitud**, usted tiene el derecho de saber por qué.
 - Treinta días para asistencia monetaria, SNAP y asistencia para cuidado de menores.
 - Sesenta días para asistencia monetaria asociada con discapacidad.
- **Usted tiene el derecho a conocer las reglas** del programa en que se inscribe y que la agencia le diga cómo se calculó el monto de sus beneficios.
- **Tiene derecho a elegir** dónde y con quién vivir.
- **Gastos.** Tiene derecho a informar gastos como alojamiento, servicios públicos, cuidado de menores, manutención de menores o costos médicos. Esos gastos pueden afectar el monto de los beneficios del programa SNAP que usted recibe. El hecho de no informar ni comprobar ciertos gastos enumerados, equivale a la declaración de su grupo familiar de que no desea una deducción por los gastos no declarados.

En caso el programa SNAP, puede apelar **dentro del plazo de 90 días**; para ello, escriba o llame a la oficina del condado o la Oficina de Apelaciones del Estado. Usted puede representarse a sí mismo en la audiencia, o bien puede hacer que otra persona (un abogado, pariente, amigo u otro) hable por usted.

Si desea conservar la asistencia hasta la audiencia, deberá presentar la apelación antes de la fecha de la acción propuesta o dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que la notificación de la agencia se despacha por correo, de ambas fechas la posterior. Pídale al trabajador de su caso en su condado o tribu que le explique la manera en que la fecha de su apelación podría afectar su asistencia actual o futura.

- **Acceso a servicios legales gratuitos.** Para obtener servicios legales gratuitos, comuníquese con el trabajador de su caso.
- **Derechos de apelación.** Usted puede apelar si no está satisfecho con la medida tomada o cree que la agencia no actuó en su solicitud de asistencia. En casos de asistencia monetaria, para cuidado de menores y atención médica, puede presentar una apelación **dentro del plazo de 30 días** a partir de la fecha en que recibe la notificación; para ello, escriba a la agencia de su condado o tribu, o escriba directamente a la (Oficina Estatal de Apelaciones, Departamento de Servicios Humanos de Minnesota) State Appeals Office, Minnesota Department of Human Services, P.O. Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941. (Si muestra causa suficiente por la que no puede apelar su cuidado de menores **dentro de los 30 días**, la agencia puede aceptar su apelación **hasta 90 días** después de la fecha en que reciba la notificación).

Aviso de Derechos Civiles

La discriminación es contra la ley. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS – Department of Human Services) no discrimina sobre la base de cualesquiera de las siguientes:

- raza
- credo
- condición de asistencia pública
- discapacidad
- color
- religión
- estado civil
- sexo
- origen nacional
- orientación sexual
- edad
- creencia política

Quejas de Derechos Civiles

Usted tiene el derecho de presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos.

Comuníquese directamente con el **DHS** sólo si tiene una queja por discriminación:

(Coordinador de Derechos Civiles)
 (Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
 (División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)
 Civil Rights Coordinator
 Minnesota Department of Human Services
 Equal Opportunity and Access Division
 P.O. Box 64997
 St. Paul, MN 55164-0997
 651-431-3040 (voz) o use el servicio de retransmisión de su preferencia

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR - Minnesota Department of Human Rights)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si cree que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- sexo
- color
- orientación sexual
- origen nacional
- estado civil
- religión
- condición de asistencia pública
- credo
- discapacidad

Comuníquese con el **MDHR** directamente para presentar una queja:

(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)
 Minnesota Department of Human Rights
 540 Fairview Avenue North, Suite 201
 St. Paul, MN 55104
 651-539-1100 (voz)
 1-800-657-3704 (llame gratis)
 711 or 1-800-627-3529 (MN Relay)
 651-296-9042 (fax)
 Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Derechos Civiles (OCR - Department of Health and Human Services Office of Civil Rights)

Usted tiene el derecho de presentar una queja ante el OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- edad
- religión
- color
- discapacidad
- origen nacional
- sexo

Comuníquese con el **OCR** directamente para presentar una queja:

(Oficina para Derechos Civiles)
 (Departamento de Servicios de Salud y Humanos de EE. UU.)
 (Región Oeste Medio)
 Office for Civil Rights
 U.S. Department of Health and Human Services
 Midwest Region
 233 N. Michigan Avenue, Suite 240
 Chicago, IL 60601
 Centro de Atención al Cliente:
 Llame gratis: 1-800-368-1019
 TDD gratis: 1-800-537-7697
 Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Agricultura de EE. UU.

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA), que es una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por su raza, color, edad, sexo, origen nacional, discapacidad, credo religioso o creencias políticas en la administración del programa SNAP.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos de Derechos Civiles y las políticas del **Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA)**, sus organismos, oficinas y empleados, y demás instituciones que participan o administran los programas del USDA, tienen prohibido discriminar debido a raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o venganza por alguna previa actividad de Derechos Civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para entender la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al 1-800-877-8339. Adicionalmente, información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea presentar una queja de discriminación de programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación de Programa del USDA ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#)) (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y en la carta proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 1-866-632-9992. Envíe el formulario completo o carta al USDA a:

- (1) correo: (Departamento de Agricultura de EE.UU)
(Oficina del Secretario Asistente para los Derecho Civiles)
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410;
- (2) fax: 202-690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.