

PROCESO DE SOLICITUD PROGRAMA DE PAGO ALTERNATIVO DE CALIFORNIA (CAPP)

Recientemente, lo evaluaron para una posible inscripción. Gracias por su interés en CAPP.

CAPP es un programa de reembolso. El programa reembolsa al proveedor identificado por la familia (puede ser una instalación autorizada, un hogar de cuidado infantil familiar, un familiar, un amigo o un vecino) directamente por los servicios de cuidado infantil certificados. Las familias deben seguir el proceso de solicitud para inscribirse en el programa. Pasar por el proceso de solicitud no le garantiza la inscripción. Si la información proporcionada durante la evaluación fue engañosa o inexacta, es posible que la familia no sea elegible para el programa.

PASO 1: Los padres ven el video "CAPP: Cómo presentar una solicitud". Una vez en la página web, deslice hacia abajo hasta la sección de videos llamada "Cómo solicitar". Vea el video, "Cómo solicitar el programa de pago alternativo". El video proporciona una descripción general de los elementos necesarios para completar una solicitud para el programa. El padre deberá proporcionar copias de todos los elementos aplicables descritos para solicitar el programa. Para ver los subtítulos en el video, presione CC y seleccione el idioma de los subtítulos.



Título del programa de inscripción: Programa de pago alternativo (azul claro)

Sitio web: <https://www.findchildcarestanislaus.org/spanish-step-2-submit-documents>

Contraseña del sitio web: CFS

PASO 2: El padre completa los formularios, reúne los documentos enumerados en la lista de verificación, **selecciona proveedor** de cuidado infantil y **Completa la Orientación** para padres de CAPP (las instrucciones para acceder a la orientación se incluyen en el paquete de inscripción. La orientación describe los requisitos de participación continua una vez inscrito en el programa).

Para completar una solicitud, el padre debe tener un proveedor seleccionado y el proveedor DEBE estar activo con CAPP. es un programa de elección de los padres; la familia es responsable de identificar a su proveedor. Para obtener información adicional sobre las opciones de proveedores, se le recomienda a las familias que se comuniquen con su Especialista asignado al al 209-238-6300 o con Recursos y referencias al 209-238-6400. El padre debe confirmar que su proveedor identificado este activo con su especialista asignado. Si el proveedor no está activo con CAPP, el especialista proporcionará información sobre cómo el proveedor puede convertirse en un proveedor CAPP aprobado.

Al identificar un proveedor, se le anima a las familias a revisar los límites máximos de reembolso para este programa. Los límites máximos de reembolso se pueden encontrar en <https://rcscm.adm.dss.ca.gov/>. Si las tarifas del proveedor identificado sobre eason la cantidad máxima de reembolso indicada para el condado de Stanislaus, la diferencia es responsabilidad de la familia.

PASO 3: Los padres llaman al Especialista de elegibilidad familiar asignado al (209) 238-6300 para solicitar un formulario digital o programar una cita para enviar la documentación completa. Si los padres no se comunican con su Especialista de elegibilidad familiar asignado dentro de las 2 semanas siguientes a la evaluación, no serán elegibles para este período de inscripción.

PASO 4: Los padres y Especialista de elegibilidad completan la solicitud. La solicitud se completará en una cita en persona o mediante un formulario digital. Una solicitud no se puede completar con documentación incompleta. Se requiere un proveedor CAPP aprobado para completar la solicitud.

PASO 5: Especialista en elegibilidad familiar enviará por correo un Aviso de acción dentro de los 30 días aprobando o negando los servicios. Si se aprueban los servicios, se enviará por correo al proveedor un Certificado de servicios de cuidado infantil y reclamo de asistencia. El niño comienza a recibir cuidado según la fecha de aprobación en el Aviso de acción. Los servicios de cuidado infantil utilizados antes de ser aprobados son responsabilidad de los padres. No se pueden emitir aprobaciones hasta que tanto el padre como el especialista en elegibilidad familiar firmen una solicitud completa. Las aprobaciones no se pueden retro activar.

Si en algún momento tiene alguna pregunta, llame a su Especialista de elegibilidad familiar asignado al (209) 238-6300.
¡Esperamos con interés trabajar con usted!

LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE PAGO ALTERNATIVO (INSCRIPCIÓN INICIAL)

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiado, usted debe traer **copias** de los siguientes documentos a su cita de certificación:

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD– Documentación debe ser proporcionada para al menos 1 o más de estas categorías

- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Auto Declaración de Desamparo
- Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport for Services)
- Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- Verificación del Ingreso
 - Documentación de Ingresos de todos recursos
 - Ingreso Predecible: Ingresos brutos para el mes anterior
 - Ingreso Impredecible: Ingresos brutos para los 12 meses anteriores (Agrícola, incluye los bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingreso)

VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO FAMILIAR– Al menos 1 de los siguientes documentos debe proporcionarse para TODOS los niños en la familia:

- Certificado de nacimiento
- Passport for Services del departamento de bienestar del condado
- Documentos de adopción
- Ordenes de la Corte en relación con la custodia o tutela

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA– Prueba de residencia en el Estado de California

- Cualquier tipo de evidencia de su dirección o correos de caja postal con fecha de los últimos 30 días

NECESIDAD – Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. Documentación para establecer necesidad es el siguiente:

- Verificación de Empleo
- Declaración del Auto Empleo y Documentación de Apoyo
- Verificación de Entrenamiento y Horario de clases
- Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- Declaración de Incapacidad
- Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Carta de Referencia de Personas Sin Hogar

OTRA DOCUMENTACION – También se requieren los siguientes documentos:

- Petición & Remisión de las Necesidades Familiares
- Identificación e Información de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Forma de Información Familiar
- Forma de Información del Proveedor
- Si aplica, las órdenes de la corte si afectan las horas y días de cuidado de niños
- Si aplica, Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP)

NOTA: Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo

SI TIENE PREGUNTAS, PRO FAVOR HABLE CON SU ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR AL (209) 238-6300

INGRESO

Recordatorio: Debe presentar los ingresos completos, actuales y consecutivos para cada adulto/niño contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso de cualquier individuo fluctúa debido a las comisiones, bonificaciones o el trabajo es de temporada, debe presentar los últimos doce meses de los ingresos brutos.

Ingreso Contable	Ingreso No-Contable
<p>Ingreso contable son los ingresos de individuos contados en el tamaño familiar que serán incluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad determinante de ingresos y tarifas familiares.</p>	<p>Ingresos no-contables es el ingreso de individuos contados en el tamaño familiar que será excluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad de acuerdo al ingreso y tarifas familiares.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los sueldos brutos, el salario, los avances, las comisiones, horas extras, propinas, bonos, o ganancias de lotería 2. Sueldos para trabajo migrante de agricultura o trabajo temporal 3. Asistencia pública en efectivo CalWORKs 4. Ingreso bruto de auto-empleo menos los gastos del negocio excluyendo retiro de sueldos 5. Compensación por Incapacidad o desempleo 6. Compensación para trabajador 7. Pagos de Manutención de ex esposo(a) y/o de hijos del cónyuge anterior o padre ausente, o documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc... 8. Pensión del sobreviviente (SSA) y beneficios de jubilación 9. Renta de un cuarto dentro de la residencia de la familia 10. Dividendos, interés de bonos, ingreso de propiedades o consorcio, neto del ingreso de rentas o comisión. 11. Ayuda financiera recibida por el cuidado de un niño viviendo con un adulto que no sea el padre/madre biológica o adoptivo del niño 12. Pensión de veteranos 13. Anualidades o Pensiones 14. Herencia 15. Concesión para viviendas o automóviles proveídas como parte de la compensación 16. Pagos de seguros o arreglos monetarios con la corte por el sueldo perdido o compensación punitiva 17. Ganancia neta de una venta de una propiedad real, inversiones financieras o herencias 18. Otros ingresos o ganancias de empresa con fines de lucro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganancias de menores de dieciocho (18) años 2. Préstamos 3. Subsidio o becas a estudiantes con fines educativos 4. Programa Federal de Asistencia Suplementaria (CalFRESH/SNAP) o Women, Infants, and Children (WIC) u otra asistencia alimentaria 5. Crédito Por Ingreso del Trabajo o reembolso de impuesto 6. Subsidios de crianza, pagos o subsidio de ropa para niños colocados a través de servicios de bienestar infantil 7. Programa de Financiamiento para Cuidadores Familiares 8. Programa Piloto de Ingresos Garantizados de California 9. Derechos de la Ley GI, condiciones difíciles o obligaciones peligrosas, fuego hostil o pago por peligro inmediato 10. Los pagos de la ayuda de adopción 11. Asistencia o regalos no en efectivo 12. Todos los ingresos de cualquier individuo contado en el tamaño familiar que está recolectando beneficios federales de ingresos de seguridad suplementarios (SSI) o beneficios del programa suplementario estatal (SSP) 13. Seguros o acuerdos judiciales que incluyen dolor y sufrimiento y excluyen los salarios perdidos y los daños punitivos 14. Reembolsos por gastos requeridos en el trabajo que incluyen uniformes, millaje o gastos para alimentos y alojamiento 15. Gastos de negocio para los miembros de la familia que trabaje por su propia cuenta 16. Cuando no hay valor en efectivo para el empleado, la parte del seguro médico y/o dental documentado como pagado por el empleador e incluido en el salario bruto 17. Subsidios o pagos otorgados para el auxilio por desastre, excepto cualquier porción para asistencia de alquiler o desempleo 18. Voluntarios de AmeriCorps en Servicio a América (VISTA) y Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) estipendios, alojamiento y pensión, y subsidios

Note: Los pagos verificados de manutención de los hijos pagados por el padre de quien hijo recibe servicios de desarrollo infantil se pueden restar de los ingresos contables de la familia.

FORMA DE INFORMACIÓN FAMILIAR

Imprima Legiblemente Por favor

Padre Soltero/Guardián del Hogar: Si No "No" complete información debajo para el Padre/Guardián (B)

Nombre del Padre/Guardián (A): _____
Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino
Raza: Nativo de Alaska o Indio Nativo
 Asiático
 Africano Americano o Negro
 Caucásico
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: _____

Etnicidad: No Latino o Hispano
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado
 Viudo Separación Formal Separación Informal

Correo electrónico: _____

Necesidad para Servicios:
 Buscando empleo activamente

Circle los días que buscara empleo:
 L M M J V

Empleado / Auto-Empleado
 Escuela / Entrenamiento
 Incapacitado
 Sin vivienda
 CPS / En Riesgo

Nombre del Padre/Guardián (B): _____
Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino
Raza: Nativo de Alaska o Indio Nativo
 Asiático
 Africano Americano o Negro
 Caucásico
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: _____

Etnicidad: No Latino o Hispano
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado
 Viudo Separación Formal Separación Informal

Correo electrónico: _____

Necesidad para Servicios:
 Buscando empleo activamente

Circle los días que buscara empleo:
 L M M J V

Empleado / Auto-Empleado
 Escuela / Entrenamiento
 Incapacitado
 Sin vivienda
 CPS /En Riesgo

Otro individuo(s) en la casa que **no** serán matriculados en el programa y son contados en el tamaño de la familia:

Adjunte documentación.

<u>Nombre:</u>	<u>Parentesco con el Padre (s)/Guardián(es):</u>	<u>Fecha de Nacimiento:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

COMPLETE EL OTRO LADO

Complete una columna por niño/por proveedor.

(Haga copias adicionales según necesite)

Nombre del

Niño: _____

Fecha de

Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Indio Nativo o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Africano Americano

Caucásico

Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: _____

Étnica: No Hispano or Latino

Hispano or Latino

Necesidades Si No

Especiales: *Si, adjunte la copia del IEP o IFSP
mas al corriente*

Relación al Padre/Guardián: _____

Nombre de Escuela : (si aplica) _____

Especifique

Vía/Tradicional: _____

Horas actuales en

Escuela: _____

Nombre del Proveedor de
Cuidado de Niños: _____

Especifique los días y horas que su niño estará en
cuidado (típicamente ½ hora antes y ½ hora
después se permite para la transportación)

Horario Fijo:

Días-No Escuela Días Escolares (si aplica)
(Circule los días de cuidado) (Circule los días de cuidado)

D L M M J V Sa D L M M J V Sa

Horas de Cuidado: Horas de Cuidado

De _____ A _____ (antes de escuela)

De _____ A _____

(después de escuela)

De _____ A _____

Horario Variable:

Días-No Escuela Días Escolares (si aplica)
(Circule todos los días posible de cuidado) (Circule todos los días posible de cuidado)

D L M M J V Sa D L M M J V Sa

Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado. _____
Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado. _____

Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado. _____
Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado. _____

Firma del Padre/Guardián _____

Nombre del

Niño: _____

Fecha de

Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Indio Nativo o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Africano Americano

Caucásico

Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: _____

Étnica: No Hispano or Latino

Hispano or Latino

Necesidades Si No

Especiales: *Si, adjunte la copia del IEP o IFSP
mas al corriente*

Relación al Padre/Guardián: _____

Nombre de Escuela: (si aplica) _____

Especifique

Vía/Tradicional: _____

Horas actuales en

Escuela: _____

Nombre del Proveedor de
Cuidado de Niños: _____

Especifique los días y horas que su niño estará en
cuidado (típicamente ½ hora antes y ½ hora
después se permite para la transportación))

Horario Fijo:

Días-No Escuela Días Escolares (si aplica)
(Circule los días de cuidado) (Circule los días de cuidado)

D L M M J V Sa D L M W J V Sa

Horas de Cuidado: Horas de Cuidado:

De _____ A _____ (antes de escuela)

De _____ A _____

(después de escuela)

De _____ A _____

Horario Variable:

Días-No Escuela Días Escolares (si aplica)
(Circule todos los días posible de cuidado) (Circule todos los días posible de cuidado)

D L M M J V Sa D L M M J V Sa

Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado. _____
Numero máximo de días por semana que el cuidado será utilizado. _____

Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado. _____
Numero máximo de horas por día que el cuidado será utilizado. _____

Fecha _____

NOTIFICACIÓN A LOS PADRES: REQUISITO PARA REPORTAR INGRESOS POR ENCIMA DEL UMBRAL DEL 85%

Nuestros registros indican que la base de elegibilidad de su familia es el ingreso. Las regulaciones requieren que una familia informe cuando sus ingresos exceden el umbral de salida. Los límites máximos de ingresos se basan en el tamaño familiar y el ingreso bruto ajustado de una familia (Ingresos antes de impuestos). A partir del 1 de julio de 2022, los umbrales de salida son los siguientes:

Tamaño Familiar	Ingreso Mensual Familiar	Ingreso Anual Familiar
1-2	6,008	72,095
3	6,842	82,102
4	7,941	95,289
5	9,211	110,536
6	10,482	125,782
7	10,720	128,641
8	10,958	131,499
9	11,196	134,358
10	11,435	137,216
11	11,673	140,075
12	11,911	142,934

Mi firma abajo reconoce que entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus dentro de 30 días naturales si, y cuando mis ingresos brutos ajustados **mensuales** excedan \$ _____ para mi tamaño familiar de _____.

Imprimir Nombre del Padre/Guardian _____

Imprimir Nombre del Niño (s) _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

SCOE Distribution: COPY-Family File Original & Income Calculation Worksheet- Parent

FORMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN

Escriba el Nombre del Padre/Guardián: _____ Numero de Teléfono _____

Solicitud (Seleccione uno):

- Proveedor Inicial (Primera matricula por la familia/ niño)
- Cambio de proveedor del cuidado de niños
Nombre del proveedor anterior _____ Ultima fecha de _____
- Proveedor Alternante (Nota: Debe ser aprobado 2 semanas antes y limitado a 10 días por año fiscal)
Fechas de Servicio de _____ al _____
- Agregar un segundo proveedor

Liste el niño(s) afectado(s) por esta petición y el día/hora que el cuidado se necesita:

Nombre del Niño	Día/Hora-Días de no-escuela	Día/Hora – Días de escuela
Juana Do	Lunes-Viernes 7:30 am -5:30pm	Lunes – Viernes 3:00pm – 5:30pm
Juan Do	Varía Dom. Sáb.; máx. 6 hrs. por día	Varia Dom.-Sáb.; máx. 3.5 hrs. por día

(Firma del Padre/Guardián)

(Fecha)

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR

Escriba el Nombre del Proveedor _____ Numero de Teléfono _____

Dirección del Proveedor _____

Numero de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos _____

Primer Día de Servicios para el (los) niño(s) _____ (Toda documentación es efectivo 2 semanas de la fecha en que se recibió)

Tipo de Proveedor (Seleccione Uno):

- Centro con Licencia
- Lugar Escolar Exento
- No licencia, Exento en el hogar del niño (Nota: solo disponible si el padre firma un formulario de auto certificación reconociendo que asume las responsabilidades del empleador para el proveedor exento de licencia en el hogar y reconoce que es responsable de cumplir con las leyes laborales federales y estatales aplicables. Las tasas de reembolso aprobadas para proveedores familiares o no familiares exentos se pueden evaluar visitando <https://rcscm.adm.dss.ca.gov/>)
- Cuidado de niños de Familia en Hogar con Licencia
- No licencia, exento afuera del hogar de niño

Nota: Nuevos proveedores de cuidado de niños deben someter una copia de sus pólizas/contrato y tarifas. La Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) no podrá contratarlo si las pólizas/contrato y tarifas no están archivadas.

(Firma del Proveedor)

(Fecha)

Proceso de la Solicitud del Proveedor

- 1) El padre/guardián selecciona un proveedor de cuidado de niños
- 2) El padre/guardián discuten las necesidades del cuidado de niños con la Especialista de Cuidado de Niños
- 3) La Especialista de Cuidado de niños provee la documentación requerida para los padres
 - a. Proveedor exento – Paquete especializado dependiendo del tipo de cuidado exento
 - b. Sitio de escuela exento o Licenciado – Solamente la Forma de Información para el Proveedor
- 4) El padre/guardián y proveedor completan y someten la documentación requerida a su Especialista de Cuidado de Niños.
- 5) La Especialista de Cuidado de niños revisa la acción solicitada
 - a.. Documentación completa – Acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir toda la documentación.
 - b. Documentación incompleta – Se regresara al padre/proveedor para completar. La acción solicitada será efectiva en 2 semanas de recibir la documentación completa.
- 6) Un acuerdo por Servicios y reclamo de asistencia es emitido al proveedor de cuidado de niños.
- 7) Los servicios del cuidado de niños pueden empezar

Forma de Instrucciones Para la Información del Proveedor

Sección del Padre/Guardián:

Nombre del Padre/Guardián – Nombre del padre/guardián del niño matriculado

Numero de teléfono – Numero de teléfono para contactar al padre/guardián

Solicitud – Solicitud específica

- Proveedor inicial – Marque esta caja si es la primera matricula para su familia o niño
- Cambio de proveedor de niño – Marque esta caja si su niño(s) esta en el proceso de cambiar proveedores de cuidado de niño. También anote su proveedor anterior y la fecha del último servicio que uso.
- Proveedor Alternante – Marque esta caja si usted esta solicitando tener un proveedor alternante para cuando su niño esta enfermo o cuando su proveedor regular esta cerrado. También, anote las fechas del servicio de cuidado de niños para el proveedor alternante.
- Agregando un Segundo proveedor – Marque esta caja para agregar un segundo proveedor porque uno de los proveedores no puede acomodar todas las necesidades de cuidado de su niño o si usted ha elegido inscribir a su niño(s) en un programa licenciado de educación temprana por medio día.

Enlistar al niño(s) afectado por la solicitud y la hora/día que necesita el cuidado- Solamente enliste los niños en su familia que serán afectados por la acción. También, anote la hora/día que necesita el cuidado de niños con el proveedor.

Sección del proveedor:

Nombre del Proveedor – Nombre del proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Numero de Teléfono – Número de teléfono para contactar el proveedor del cuidado de niños que proporciona los servicios

Dirección del Proveedor – Dirección física y dirección postal del proveedor del cuidado de niños.

SS# o Tax ID# Impuesto – Numero del seguro social o el numero de identidad de impuestos del proveedor

Primer Día de Servicios para el Nino(s) – Anote la fecha que va empezar el primer servicio de cuidado de niños

Tipo de Proveedor – Marque la caja apropiada del tipo de proveedor que va proporcionar los servicios de cuidado de niños.



ORIENTACIÓN PARA PADRES DEL PROGRAMA CAPP

Nombre: _____ Fecha: _____

PASO 1: VER VIDEO DE ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA PAGO ALTERNATIVO

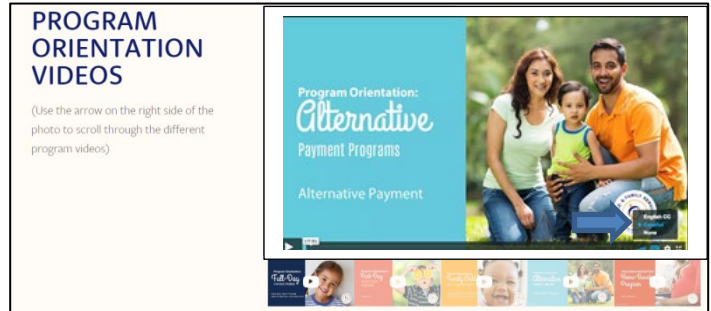
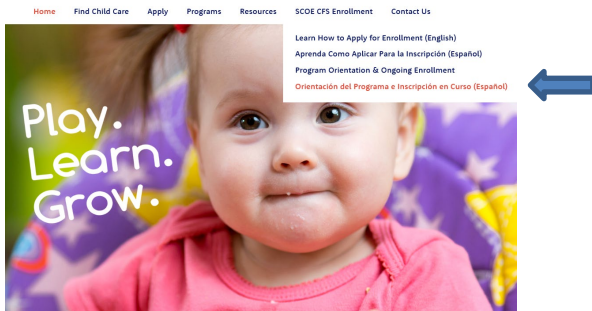
Visite: <https://www.findchildcarestanislaus.org>

Selección: SCOE CFS Enrollment

Selección: Orientación del Programa e Inscripción en Curso

Contraseña de Pagina Web: CFS

Selección: Programa de Pago Alternativo (Azul Claro)



Nota: Para mostrar subtítulos en el video, presione CC y seleccione subtítulos en español.

Grabar Preguntas (Personal del Programa le llamaran para contestar sus preguntas):

PASO 2: Complete Verificación del conocimiento

- 1) Todos los adultos contados en el tamaño de la familia deben tener una necesidad de servicios. Verdadero o Falso
- 2) Para aumentar los días u horas entre los períodos de certificación, se requiere el formulario _____ y _____.
- 3) ¿ Si planea cambiar de proveedor, cuánto tiempo llevara la aprobación de la solicitud presentada? _____ semanas
- 4) Se requiere que el adulto autorizado firme con la firma completa y registre el tiempo exacto dentro / fuera del cuidado diariamente. Verdadero o Falso
- 5) Si mi hijo está ausente del cuidado, la solicitud de asistencia debe incluir el motivo de la ausencia y la firma. Verdadero o Falso.
- 6) Los reclamos enviados a tiempo a nuestra oficina el _____o dia del mes, serán procesados y el reembolso se emitirá el _____ día del mes enviado.
- 7) ¿Si no está de acuerdo con una acción, como ser terminado, qué debe hacer? _____
- 8) Si la familia tiene una tarifa familiar, se emitirá una NOA para discontinuar los servicios si el pago no se recibe antes del 7 de cada mes. Verdadero o Falso
- 9) Cualquier diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que el programa puede reembolsar es responsabilidad de los padres. Verdadero o Falso

PASO 3: Revisar el manual

- Revisaré el Manual del Programa de Pago Alternativo en línea a través de findchildcarestanislaus.org. Entiendo que es mi responsabilidad de revisar el manual en línea.
- Revisaré el Manual del Programa de Pago Alternativo. Por favor envíeme una copia del Manual del Programa de Pago Alternativo. Entiendo que es mi responsabilidad revisar el manual. Fecha de envío: _____

Firma de los padres: _____

Devuelva este formulario completado con su paquete de recertificación

AUTORIZACIÓN DE PADRES Y FORMULARIO DE RECIBO

Autorización

Doy permiso a la Oficina de Educación del Condado de Stanislaus (SCOE) y su representante para verificar toda la información utilizada para determinar la elegibilidad de mi familia. Mi firma a continuación otorga permiso a SCOE y su representante para verificar el estado de empleo, el estado de capacitación, el estado de incapacitación y cualquier otra información necesaria para establecer mi elegibilidad para la inscripción y el reembolso de mis servicios de cuidado infantil.

Si la información proporcionada por, o en mi nombre durante el proceso de certificación es falsa o inexacta, seré responsable del reembolso a SCOE.

Recibo

Reconozco que entiendo que se puede acceder al Manual del Padre / Proveedor más reciente del Programa visitando la siguiente página web <https://www.findchildcarestanislaus.org/cfsparents> (contraseña CFS). Si en cualquier momento quisiera una copia impresa del manual, puedo solicitar una copia impresa al personal del programa. Entiendo que es mi responsabilidad acceder, leer y cumplir con las reglas y regulaciones contenidas en el manual de programas. Reconozco que no hacerlo puede resultar en la interrupción de mis servicios de cuidado infantil y en una multa de un (1) año del programa.

Imprima, firme su nombre y envíe este formulario a:

Oficina de Educación del Condado de Stanislaus
Servicios Para Niños y Familias
1325 H Street #005
Modesto, CA 95354

Nombre del Padre Impreso

Firma del Padre

Fecha

Si tiene alguna pregunta, llame al (209) 238-6300.

Distribución: White-Family File Yellow-Parent

PETICIÓN Y REMISIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES

Padre(s)/Guardian(es): _____

En un esfuerzo para ayudarle a cubrir sus necesidades únicas de su familia, le pedimos su cooperación en completar esta forma. Esta información permitirá al personal del programa proveerle a usted con información acerca de los recursos disponibles. Indique sus tres (3) prioridades más grandes categorizándolas en orden del 1-3 (**1 siendo la prioridad más grande**). Si usted no necesita referencias marque aquí y firme abajo.

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Utilidades	<input type="checkbox"/> Servicios Legales	<input type="checkbox"/> Oportunidades de Empleo
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> SSI / Seguro Social	<input type="checkbox"/> TANF / Ayuda Monetaria	<input type="checkbox"/> Entrenamiento Vocacional
<input type="checkbox"/> CPR – Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/> Licencia Para Manejar	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> Colegio (Especifique Tipo):
<input type="checkbox"/> Consejería Familiar	<input type="checkbox"/> Referencias de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Clases de Inglés	<input type="checkbox"/> GED / Diploma
<input type="checkbox"/> Niño's con Necesidades Especiales	<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Inmigración	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Comida y Ropa de Emergencia	<input type="checkbox"/> Derechos de Inquilino	<input type="checkbox"/> Desempleo	

Referencias		Referencias		Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

Firma del Padre

Fecha

Firma del Personal

Fecha

FOR OFFICE PURPOSES ONLY (GCC/FCCHEN)

Follow-up:

Date	Staff Initials	Notes

PETICIÓN Y REMISIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES (Adicional)

Referencias		Referencias		Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

Referencias		Referencias		Referencias	
Agencia:		Agencia:		Agencia:	
Dirección:		Dirección:		Dirección:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	
Sitio de la Red:		Sitio de la Red:		Sitio de la Red:	

INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELEFONO ()
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR ()	TELEFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR ()	TELEFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/ RELACION

MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO ()
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLICACION: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA GUARDERIA/HOGAR

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRA SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA GUARDERIA O LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELEFONO ()
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR ()	TELEFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR ()	TELEFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/ RELACION

MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO ()
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO MEDICO	TELEFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLICACION: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA GUARDERIA/HOGAR

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRA SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA GUARDERIA O LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

PETICIÓN Y PLAN PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE

Los servicios de cuidado infantil con el propósito de buscar vivienda permanente pueden ocurrir no más de 5 días por semana y por menos de 30 horas por semana.

Nota: Para aumentar los días y horas entre los períodos de certificación, se requiere la documentación para apoyar su necesidad y el formulario de Petición Para Cambiar Servicios.

SITUACION DE VIVIENDA ACTUAL

Describe su situación de vivienda actual: _____

PETICION PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE

Esto sirve como su petición de buscar vivienda permanente. Por favor describa cuando los servicios de cuidado infantil son necesarios para que usted asegure una residencia fija, regular y adecuada.

Día	Horas de Inicio y Fin
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm
	am/pm a am/pm

Fecha de Inicio _____

Marcar el circulo si días y horas varían

Nota: Los Especialistas de Elegibilidad Familiar revisarán la solicitud y determinarán el horario de cuidado infantil.

PLAN PARA BUSCAR VIVIENDA PERMANENTE

Describe su plan para asegurar una residencia fija, regular y adecuada: _____

Juro bajo pena de perjurio que la información contenida en este documento es verdadera y correcta.

IMPRIMIR NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Se requiere el **formulario de verificación del programa educativo y el horario de clases** en el momento de la certificación inicial o la recertificación. Para aumentar los días y/o las horas entre los períodos de certificación, se necesita una nueva verificación de necesidad y petición para cambio de servicios. **Nota: Aumentos en días/horas no serán retroactivos.**

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre y Apellido del Padre (Imprimir) _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Estoy comprometido en lo siguiente:

- Programa Educativo Para Los Aprendices del Idioma Inglés
- Programa para Obtener un Diploma de Escuela Secundaria
- Programa para Obtener un Certificado Equivalente a Escuela Secundaria

Stanislaus County Office of Education **tiene permiso para contactar a mi institución educativa** para verificar mi información.

Firma del Padre _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA/ INSTITUCIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Nombre de la escuela/institución donde se recibe la educación _____ Numero de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

El estudiante comenzará las clases el _____
Fecha de Inicio

PETICION PARA TIEMPO DE ESTUDIO

Si es necesario, puede solicitar tiempo de estudio. Indicar uno de los siguientes:

- No necesito servicios de cuidado infantil para el tiempo de estudio.
- Quisiera solicitar tiempo de estudio para los siguientes días y horas: _____

Si está disponible, adjunte la documentación de las escuelas recomendadas tiempo de estudio. (Ejemplo: lunes y miércoles 1pm-3pm)

VERIFICACIÓN DE HORARIOS DE CLASE

Complete **UNO** de los siguientes para verificar su horario de la clase actual:

- Adjunto es una copia electrónica del horario de clases del estudiante de la escuela/institución del programa de educación, o
- Debajo es el horario de clase del estudiante con firma y/o sello de la oficina de registradora de la escuela/institución.

Día	Hora	# de Salón	Nombre de Curso	Tiempo Estimado de Estudio Semanal
Firma y/o Sello del Registrador de la Escuela/Institución				
Fecha de Firma y/o Sello				

OFFICE USE ONLY

Date	Staff Initials	Approved Class Time (Based on Class Schedule)	Approved Study Time (Check with school to determine reasonable hours)	Approved Travel Time (Time needed to & from services & school. Not to exceed ½ of the weekly class hours with a max of 4 hours per day)

FORMA DE VERIFICACION PARA EL AUTO-EMPLEO

En orden de proveer servicios de cuidado infantil para un trabajador por cuenta propia, estamos obligados a comprobar las actividades de trabajo y de ingresos. Por favor complete este formulario y adjuntar la documentación de apoyo para ayudarnos a determinar su elegibilidad:

Primer Nombre y Apellido del Padre/Tutor (Imprimir) _____ Número de Teléfono del Negocio _____

Nombre del Negocio _____ Fecha de Iniciar Negocio _____ Numero de Fax del Negocio _____

Dirección de la Calle del Negocio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Tipo de Negocio (Describa su Negocio. Ejemplo: Estilista, Limpiar Casas, Jardinería, Ventas de Propiedades etc....) _____

Especifique su horario de trabajo (seleccione uno):

- HORARIO FIJO** – Yo trabajo el mismo horario regularmente. Especifique su horario de cada día. (Ejemplo: lunes 8am-5pm)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

- HORARIO FLUCTANTE** – Yo trabajo en una base regular, pero mis días/horas varían. Especifique el horario de trabajo
Días que posiblemente puede trabajar (Circule todos lo que aplica): L M M J V S D

Primera hora de inicio del trabajo: _____ Ultima hora de salida del trabajo: _____
(Ej. 6:00am) (Ej. 6:00pm)

Número mínimo de horas trabajadas por día: _____ Número máximo de horas trabajadas por día: _____
(Ej. 4 horas) (Ej. 8 horas)

- HORARIO VARIABLE** - Trabajo ocasionalmente en una base necesaria.

Especifique su información de ingreso. Describa como es pagado.

(Ejemplo: Por Trabajo. \$50 por casa; 10 % por venta, \$25 por corte de cabello, \$35 por champú y corte, \$45 por manicura/pedicura)

Incluya información de contacto para verificar las fuentes de ingresos del trabajo por cuenta propia: _____

Adjunte la documentación para verificar su actividad de negocio y los ingresos. (Adjuntar todo lo que corresponda):

	Licencia de Negocios		Recibos Para Gastos		Licencia Profesional
	Martiriales de Anuncios		Impuestos		Declaración de Impuestos Trimestrales
	Contrato de Alquiler/Arrendamiento		Libro de Citas		Recibos de Servicios/Productos
	Tarjeta de Negocios		Factura de Servicio/Producto		Declaración de Pérdidas y Ganancias del Negocio

Declaro bajo pena de perjurio, que la información sobre mi propio negocio es verdadera y correcta. Doy permiso a Stanislaus County Office of Education para solicitar cualquier información necesaria para verificar y apoyar mis días/horas trabajadas y para ponerse en contacto con los clientes, el propietario u otros considerados necesarios.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

SOLICITUD DEL TIEMPO DE VIAJE ADICIONAL DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

En orden de proveer servicios de tiempo de viaje adicional que exceda los 30 minutos de una ida, por favor complete la solicitud debajo:

Especifique el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de trabajo: _____

Explique por qué necesita tiempo de viaje adicional hacia y desde su lugar de trabajo: _____

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

SOLICITUD DEL TIEMPO DEL DORMIR DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Tiempo para dormir puede ser solicitado si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm-6:00am. Horas solicitadas no pueden superar el número igual de empleo y tiempo de viaje que cae entre 10:00pm-6:00am. Si es aplicable, por favor complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

Especifique días y horas que servicios de cuidado infantil son necesarias para que usted pueda dormir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Date employment and income Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Regular/Stable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Inconsistent/Unstable Schedule (No pattern. Calculate the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours from either month of the two-month window immediately preceding certification)
- Attestation I, _____, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.

VERIFICACIÓN DE ENTRENAMIENTO

Verificación de Entrenamiento y horario de clases es requerido al tiempo de certificación inicial. **En el momento de la recertificación**, se requiere documentación de progreso también. Para aumentar los días o horas entre períodos de certificación, se necesita una Verificación de Entrenamiento nueva y Petición Para Cambiar Servicios. Nota: **Los aumentos en días y horas no serán retroactivos.**

INFORMACION DE PADRE

Nombre y Apellido del Padre (Imprima) _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Quiero ser un _____ para el _____
Objetivo profesional/vocacional (ejemplos: Enfermera, Soldador, Cocinera, etc.) Fecha de finalización Esperada

Stanislaus County Office of Education **tiene permiso a contactar mi institución** para verificar la información en este formulario.

Firma del Padre _____ Fecha _____

INFORMACION DE LA INSTITUCIÓN DE ENTRENAMIENTO/EDUCACION

Nombre de la Institución Donde el Entrenamiento/Educación es Recibido _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Este término/semestre/trimestre comienza el _____ y termina el _____
Fecha de Inicio de Término Fecha de Finalización del Término

PETICION PARA TIEMPO DE ESTUDIO

Si es necesario, puede solicitar tiempo de estudio para un máximo de 2-3 horas por unidad académica. Indicar uno de los siguientes:

- No necesito servicios de cuidado infantil para el tiempo de estudio
- Quisiera solicitar tiempo de estudio para los siguientes días y horas: _____
(Ejemplo: lunes y miércoles 1pm-3pm)

VERIFICACIÓN DE PROGRESO

Complete **UNO** de los siguientes:

- Certificación Inicial o Estudiante Nuevo:** Ningún registro es necesario en este momento
- Recertificación:** Adjuntar copia del informe de calificaciones, transcripción u otros registros del entrenamiento desde el termino, semestre o período de entrenamiento más reciente que muestra su progreso

VERIFICACIÓN DE HORARIOS DE CLASE

Complete **UNO** de los siguientes para verificar su horario de la clase actual:

- Adjunto es un listado electrónico de la organización de entrenamiento con los cursos del padre/madre/guardián , o
- Debajo es el horario de clase del padre/madre/guardián con la firma y/o sello de la oficina de registradora.

Día	Hora	# de Salon	Nombre de Curso	Unidades	Crédito
Firma y/o Sello del Registrado de la Institución de Entrenamiento					
Fecha de Firma y/o Sello					

Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje adicional que supera los 30 minutos de una ida, por favor complete la solicitud acentuación: **Especifique** el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de escuela: _____
Especifique que el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de escuela: _____

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes (Verify adequate progress at recertification, 6-year maximum timeline and parent has not exceeded BA +24 units)

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

COMPLETADO POR EMPLEADO

Primer Nombre y Apellido del Padre/Guardián (Imprimir) Número Telefónico del Negocio

Nombre del Negocio Nombre de Contacto del Negocio Número de Fax

Domicilio del Negocio Ciudad Código Postal

Días Habituales del Negocio Horas Habituales del Negocio

Marque uno:

- Stanislaus County Office of Education tiene permiso para contactar a mi empleador** para verificar información de mi empleo e ingreso. (Adjunte talon de cheque y proveerle a su empleador para completar)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que mi empleador se ha negado o no ha podido proporcionar la información de empleo solicitada. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que ponerse en contacto con mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)

Padre, si solicita tiempo de viaje o reposo adicional sueno, complete también la solicitud en el reverso del formulario.

Firma del Padre/Guardián Fecha

COMPLETADO POR EMPLEADOR

Para proveerle servicios a su empleado, debemos tener verificación de su empleo. Si usted tiene alguna pregunta acerca sobre la finalización de esta forma, por favor póngase en contacto con un Especialista de Elegibilidad Familiar al (209) 238-6300.

Fecha de Contrate Posición Actual del Empleado Fecha de Inicio de Posición Actual Lugar de Trabajo (ciudad)

¿Si el empleado está regresando de una ausencia, cual es la fecha de regreso? _____

Especificar si el empleado trabaja un horario fijo o variable:

HORARIO FIJO – Por favor especifique el horario establecido del empleado para cada día (Ejemplo: Lunes- 8am-5pm)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

HORARIO VARIABLE – Por favor especifique el horario variable del empleado

Días el empleado puede trabajar (Circule las que apliquen): L M Mi J V S D

Tiempo de inicio más temprano de trabajo: _____ Tiempo más tarde de salida del trabajo: _____
(Ej. 6:00am) (Ej. 6:00pm)

Número mínimo de horas trabajadas por día: _____ Número máximo de horas trabajadas por día: _____
(Ej. 4 horas) (Ej. 8 horas)

Número mínimo de días trabajadas por semana: _____ Número máximo de días trabajadas por semana: _____
(Ej. 4 días) (Ej. 7 días)

Con qué frecuencia trabaja el empleado tiempo extra (Circule): Nunca Seguido Ocasionalmente

Especificar la información de paga del empleado:

Pagado con: Cheque Dinero en Efectivo Cheque Personal **Precio de Paga:** \$ _____ por _____
(Ej. \$10.00) (Ej. Hora/Día/Semana/Mes)

Periodo de Pago: Diario Semanal Cada dos Semanas Dos Veces por mes Mensual

El empleado recibe cualquiera de los siguientes: Tiempo Extra Comisión Propinas Bonos

Nombre de Persona Completando Esta Forma Titulo Firma Fecha

SOLICITUD DEL TIEMPO DE VIAJE ADICIONAL DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje adicional que supera los 30 minutos de una ida, por favor complete la solicitud debajo:

Especifique el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de trabajo: _____

Especifique el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de trabajo: _____

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

SOLICITUD DEL TIEMPO DEL DORMIR DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Tiempo para dormir puede ser solicitado si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm-6:00am. Horas solicitadas no pueden superar el número igual de empleo y tiempo de viaje que cae entre 10:00pm-6:00am. Si es aplicable, por favor complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

Especifique días y horas que servicios de cuidado infantil son necesarias para que usted pueda dormir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Regular/Stable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Inconsistent/Unstable Schedule (No pattern. Calculate the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours from either month of the two-month window immediately preceding certification)
- Attestation, if unable to contact employer: I, _____, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.

SOLICITUD Y PLAN PARA BUSCAR EMPLEO ACTIVO

Nombre del padre: _____

Quiero buscar activamente empleo en los días y horas siguientes. Esto sirve como mi petición de buscar empleo. Estoy solicitando los servicios de cuidado de niños necesarios para asegurar, cambiar o aumentar mi empleo. Entiendo que los servicios de cuidado infantil y desarrollo para buscar empleo pueden ser aprobados por no más de 5 días a la semana y por menos de 30 horas por semana.

Fecha de inicio solicitada: _____

Marque si su petición es de un horario vareable. Los días y horarios pueden variar, sin exceder los 5 días especificados a continuación y no más de 30 horas a la semana. Asegúrese de agregar los días de la semana que solicita a continuación.

Día de la semana	Horas de inicio y finalización	
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm
	am/pm a	am/pm

Nota: El Especialista en Elegibilidad Familiar revisará su solicitud y determinará su horario de cuidado infantil aprobado. El horario de cuidado infantil aprobado se basará en las horas de operación de sus proveedores y su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo.

Plan para obtener empleo. En detalle, describa su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo. Yo,

Para aumentar días u horas entre períodos de certificación, se requiere documentación de necesidad como apoyo al formulario de aumento y Solicitud de cambio. Por ejemplo, si obtiene empleo y necesita más días u horas de servicios de cuidado infantil, se debe enviar un formulario de verificación de empleo y solicitud de cambio. Los aumentos en días/horas no serán retrocedidos.

Juro bajo pena de perjurio, y mi mejor conocimiento, que la información anterior es correcta.

Firma de padre _____ **Fecha** _____

<p>Office use only. Explanation, if applicable, of why approved certified hours vary from parent request:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

DECLARACION DE INCAPACIDAD

Para ser elegible para servicios de desarrollo y cuidado infantil debido a una condición de salud física o mental que impide que el padre/tutor proporcione cuidado o supervisión durante al menos una parte del día, se requiere la verificación anual por un profesional de la salud con licencia.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Debe ser completado por el padre/tutor incapacitado. Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad para cuidar de los niños de la familia lo que se refiere a la elegibilidad de la familia para los servicios de cuidado y desarrollo infantil con subsidio, yo autorizo y solicito al profesional de salud nombrada en parte II para liberar la información solicitada a la agencia identificada a continuación. Además, autorizo al profesional de salud para hablar de esta declaración de incapacidad con la agencia en orden de que agencia pueda verificar, aclarar o completar. Entiendo que el profesional de salud también puede requerir que complete su propio formulario antes de proporcionar la información solicitada a continuación.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		FIRMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA
PRIMER NOMBRE Y EDAD DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA PARA CUIDADO DE NIÑOS:				
1.	2.	3.	4.	

INFORMACIÓN DE AGENCIA SOLICITANDO

AGENCIA Stanislaus County Office of Education	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA	NUMERO DE TELEFONO (209) 238-6300
DOMICILIO 1325 H Street #005	CIUDAD Modesto	CODIGO POSTAL 95354

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD Y VERIFICACIÓN

Para ser completado por el profesional de salud con licencia. Para que la familia sea elegible para recibir servicios de cuidado y desarrollo infantil en la categoría de incapacidad, la ley de California requiere verificación, por lo menos anualmente, de la incapacidad física o mental de los padres o el tutor que representa a la persona incapaz de cuidar o supervisión de menores de la familia sin ayuda. (Vea código de California de regulaciones, título 5, §18088). Se solicita su colaboración completando y enviándonos este formulario a la agencia mencionada dentro de los 15 días de recibo.

PACIENTE _____ TIENE UNA <input type="checkbox"/> condición física o <input type="checkbox"/> condición de salud mental que impide que él o ella proporcione cuidado y supervisión para los menores mencionados por al menos una parte del día.	Por favor, indique el tiempo en un día y los días de la semana, no debe exceder de 50 horas a la semana, que el padre es incapaz de atender o supervisar a los menores.							
	Cuidado Infantil	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Hora de Inicio:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
	Hora de Finalización:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
	Si la hora del día no puede ser identificada fácilmente en consulta con el paciente, por favor identificar el número de horas <input type="checkbox"/> y días de la semana [L, M, M, J, V, S, D] que servicios son necesarios							

Si el padre/tutor tiene una condición médica física, por favor identifique la medida en que el padre es incapaz de proporcionar cuidado y supervisión. (Indique las restricciones que impiden que el padre/tutor proporcione atención o supervisión):

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA	TIPO DE LICENCIA	NUMERO DE LICENCIA	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO ()	
GRUPO MÉDICO U ORGANIZACIÓN CON LA QUE ESTÁ AFILIADO EL PROFESIONAL, SI CUALQUIER			
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Servicios para Niños y Familias Programa de Pago Alternativo de California (CAPP) Preguntas frecuentes (FAQ) Página 1

¿Qué es CAPP? El Child & Family Services California Alternative Payment Program (CAPP) es un programa de subsidios para el cuidado de niños. El programa reembolsa a los proveedores de cuidado infantil aprobados que pueden ser un hogar de cuidado infantil familiar autorizado, un centro autorizado, un familiar, un amigo o un vecino. El reembolso está disponible para el cuidado de niños que están en riesgo o tienen un caso abierto de CPS. El reembolso también está disponible para los padres que trabajan, buscan trabajo, están en la escuela, están incapacitados, no tienen hogar o buscan vivienda. Es posible que el programa no pueda cubrir el costo total del cuidado infantil. El estado establece el monto máximo de reembolso según el tipo de proveedor de cuidado infantil, la edad del niño y el horario certificado.

¿Dónde se encuentra el programa CAPP? Nuestra ubicación física es 1325 H Street dentro de la División de Servicios para Niños y Familias ubicada en el primer piso. Al acceder al edificio desde la entrada principal nos situamos a la derecha.

¿Cómo solicito CAPP? Llame al 209-238-6400 para colocarse en la lista de espera. Cuando el programa tenga vacantes, recibirá un mensaje grabado y un correo electrónico invitándolo a llamar a un especialista en elegibilidad familiar para confirmar su elegibilidad para el programa. Una vez confirmado, su especialista en elegibilidad familiar asignado le proporcionará información sobre cómo completar una solicitud para el programa.

¿Cuáles son los requisitos del programa? La elegibilidad para CAPP está determinada por la necesidad, el tamaño de la familia y los ingresos. Cada adulto contado en el tamaño de la familia debe estar trabajando, buscando trabajo, buscando una vivienda permanente, asistiendo a la escuela, incapacitado, sin hogar, con un caso abierto de CPS o que se haya determinado que está en riesgo. Los requisitos de elegibilidad de ingresos para CAPP se pueden ver en <https://www.findchildcarestanislaus.org/> CAPP sigue la tabla de elegibilidad de ingresos de los programas estatales.

¿Tengo que tener hijos para solicitar CAPP? Sí, debe tener al menos un hijo de doce años de edad o menos. Los niños son elegibles desde el nacimiento hasta los 12 años. Si su hijo tiene una necesidad excepcional, puede ser elegible para recibir servicios de cuidado infantil hasta los 21 años de edad. Se requiere verificación adicional para niños con necesidades excepcionales.

¿Tengo que ser ciudadano estadounidense para ser elegible? No, sin embargo, debe cumplir con todos los requisitos de Elegibilidad y Necesidad.

¿Dónde puedo encontrar los requisitos de participación en el programa? Los requisitos de participación en el programa y muchas respuestas a las preguntas dentro de estas preguntas frecuentes se pueden encontrar en el manual de participación del programa. Visite find child care Stanislaus para acceder a nuestro manual actual.

¿Quién será mi proveedor de cuidado de niños? Es responsabilidad de los padres elegir a su proveedor de cuidado infantil. Puede elegir un centro de cuidado infantil con licencia, un hogar de cuidado diurno familiar con licencia, un miembro de la familia, un amigo o un vecino. Su proveedor de cuidado infantil elegido primero debe ser aprobado por CAPP para ser elegible para el reembolso. El programa comenzará a reembolsar cuando se apruebe el proveedor y cuando se certifique a la familia. Los servicios de cuidado infantil utilizados antes de que se apruebe el proveedor o se certifique la familia son responsabilidad de las familias. Los reembolsos y las aprobaciones de los proveedores no son retroactivos.

¿Cómo puedo encontrar un proveedor de cuidado de niños? Comuníquese con Child Care Resource and Referral al (209) 238-6400 para obtener una lista de proveedores de cuidado infantil. También pueden brindarle información útil sobre cómo elegir un cuidado infantil de calidad. Los servicios utilizados antes de que CAPP apruebe los servicios de cuidado infantil son responsabilidad de los padres. CAPP no retrocede las aprobaciones.

Servicios para Niños y Familias Programa de Pago Alternativo de California (CAPP) Preguntas frecuentes (FAQ) Página 2

¿Qué es la línea de confianza y quién tiene que hacerlo? TrustLine es el Registro de California de proveedores de cuidado infantil exentos de licencia que han aprobado un proceso de investigación de antecedentes. Todos los proveedores exentos de licencia que no sean tíos, tíos o abuelos del niño deben estar registrados en Trustline con un estado "Autorizado" antes de que puedan ser aprobados como proveedores de cuidado infantil.

Una vez que sea participante, ¿puedo cambiar de proveedor de cuidado de niños? Sí, CAPP apoya la elección de los padres. Lo alentamos a que se tome su tiempo al elegir un proveedor de cuidado infantil de calidad para su hijo para que pueda estar seguro de que el proveedor que elija satisfaga todas las necesidades de su familia. Esto ayudará a evitar tener que cambiar de proveedor con frecuencia. Su proveedor de cuidado infantil elegido primero debe ser aprobado por CAPP para ser elegible para el reembolso.

Soy un participante actual, ¿cómo cambio mi proveedor de cuidado infantil? Llame a su Especialista de Elegibilidad Familiar asignado para informar su cambio solicitado. Debe notificar a CAPP por lo menos 14 días antes de usar un nuevo proveedor de cuidado infantil. Se le enviará la documentación correspondiente para solicitar un cambio. Muchos contratos de proveedores requieren un aviso de dos semanas antes de terminar los servicios. La solicitud de reembolso por un aviso de dos semanas no se puede aprobar a menos que los servicios de cuidado infantil se hayan proporcionado durante el período de dos semanas y ningún otro proveedor esté reclamando el reembolso por el mismo período.

¿Cuántos proveedores puedo tener? Las familias pueden tener un proveedor de cuidado infantil por niño, a menos que el horario de atención del proveedor de cuidado infantil no se adapte a su necesidad certificada de servicios de cuidado infantil. Si el horario de atención de su proveedor de cuidado infantil no satisface sus necesidades de servicios de cuidado infantil, es posible que se apruebe un proveedor de cuidado infantil secundario para las horas en que su proveedor principal no esté disponible.

¿Cuánto puede cobrar un proveedor de cuidado de niños? Es elección del proveedor de cuidado infantil cuánto quieren cobrar a sus familias. Sin embargo, los proveedores de cuidado infantil no pueden cobrar a las familias de CAPP o de cualquier otro programa de cuidado infantil subsidiado una tarifa diferente o más alta que a las familias no subsidiadas (pago privado). Todos los servicios no cubiertos son responsabilidad de los padres. Esto incluye la diferencia entre lo que el programa puede reembolsar y lo que cobra el proveedor. La cantidad máxima que el programa puede reembolsar se puede ver en el siguiente sitio web <https://rcscm.adm.dss.ca.gov/>

¿Qué son las tarifas familiares y los copagos? Una tarifa familiar es la parte del reembolso que la familia es responsable de pagar. La tarifa familiar se basa en el ingreso mensual contable total de una familia y el tamaño de la familia en comparación con el nivel federal de pobreza. Los padres pagan la Cuota Familiar directamente a CAPP. Un copago es la diferencia entre lo que cobra un proveedor de cuidado infantil y lo que CAPP puede reembolsar. La diferencia es responsabilidad de los padres de pagar directamente al proveedor de cuidado infantil.

¿Tengo que informar mi cambio de dirección o número? Sí, si usted es un participante actual, los cambios de dirección o número de teléfono deben enviarse por escrito a su especialista en elegibilidad familiar. Si está en la lista de espera del programa, asegúrese de comunicarse al 209-238-6400 para actualizar su dirección y/o número de teléfono.

Soy un participante actual, ¿qué tipos de cambios debo informar y a quién debo informar? Las familias con ingresos elegibles deben notificar a CAPP cuando los ingresos de su hogar superen el 85 % del SMI dentro de los 30 días. Todas las familias que deseen cambiar su nivel de servicio certificado deben solicitar los cambios con anticipación. Estos cambios pueden incluir: cambios en las horas de cuidado de niños, reducción en las tarifas familiares y/o cambios en los proveedores. Los cambios no son retroactivos y solo se pueden aprobar cuando se envía una solicitud para cambiar el nivel de servicio y la documentación de soporte correspondiente.

Servicios para Niños y Familias Programa de Pago Alternativo de California (CAPP) Preguntas frecuentes (FAQ) Página 3

¿Cómo averiguo quién es mi especialista en elegibilidad familiar o técnico de datos? Los especialistas en elegibilidad familiar apoyan a las familias. Técnicos de datos apoya a los proveedores. El nombre y número de teléfono de su especialista o técnico asignado está documentado en toda la documentación que recibe de CAPP. También puede llamar a CAPP al 209-238-6300 para confirmar el nombre y/o número de teléfono de su Especialista o Técnico.

Necesito presentar documentación ¿dónde la presento? La documentación del programa se puede enviar en una cita programada, a través del correo postal 1100 H Street #005 (tenga en cuenta que nuestra dirección postal es diferente a nuestra dirección física), a través del fax 209-238-4217 o dentro de uno de nuestros buzones. Tenemos dos buzones: un buzón está ubicado en el lado de la calle 13 de nuestro edificio 1325, el segundo está ubicado en el lado de la calle 14 de nuestro edificio

Soy un participante actual, ¿cómo se comunicará el programa conmigo? Cualquier cambio en su cronograma certificado se comunicará a través de un Aviso de Acción. Las actualizaciones del programa y los recordatorios se compartirán a través de mensajes grabados, correos electrónicos, llamadas telefónicas y cartas por correo postal. Adicionalmente, el programa cuenta con una página de comunicación. Se alienta a los participantes a visitar la página de comunicación en <https://www.findchildcarestanislaus.org/cappcommunication-sp>

¿Se le reembolsará a mi proveedor mientras esté cerrado? Si su proveedor con licencia está cerrado, podemos reembolsar a un proveedor con licencia por hasta 10 días no operativos. Tenga en cuenta que estos días de cierre deben identificarse y documentarse en el archivo de proveedores.

¿Puedo tomar un permiso de ausencia (LOA)? Sí, tiene derecho a obtener una LOA en cualquier momento. Tenga en cuenta que no se reembolsa al proveedor cuando tiene una LOA. Además, está limitado a estar en una LOA durante 12 semanas consecutivas por año.

¿Puedo agregar un proveedor alternativo? Sí, puede configurar un proveedor alternativo. Podemos reembolsar a proveedores alternativos por hasta 10 días no operativos

¿Qué debo escribir en el reclamo de asistencia cuando no se utiliza el cuidado de niños? Si usted es padre, su proveedor está abierto y mantiene a su hijo en casa, escriba el motivo de la ausencia correspondiente. Revise la política de asistencia dentro del manual de participación para la política de ausencia de CAPP. Si es un proveedor que está cerrado, asegúrese de documentar su día cerrado. Revise la pregunta 20 para conocer el total de días de cierre reembolsables disponibles por año fiscal.

¿Tengo que completar algún formulario para el proveedor/guardería de mi hijo si están cerrados debido a COVID-19? El proveedor debe informar su cierre a nuestra oficina. No se requieren más formularios en nombre de los padres.

¿Cuándo reciben los proveedores de cuidado infantil su 1099? Todos los proveedores de cuidado infantil que reciban \$600 o más en reembolsos de CAPP recibirán un 1099 por correo postal alrededor del 31 de enero.

Soy un proveedor participante ¿Cómo completo la factura? Facture de acuerdo con sus prácticas comerciales habituales. Facture como lo haría con cualquier otra familia en su cuidado infantil. El personal calculará la tasa máxima de reembolso según la regulación, la edad del niño, el tipo de proveedor y el horario certificado. El personal reembolsará el monto máximo de reembolso o la factura del proveedor, lo que sea menor.