



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
Solicitud de CCSP
CCSP Application

Fecha: _____

PADRE/TUTOR

NÚMERO DE CASO

DOBLE

Estimado solicitante:

Estamos enviando esta solicitud debido a que usted solicitó Child Care Subsidies.

Procesaremos su solicitud y determinaremos la elegibilidad una vez que usted haya proporcionado la siguiente información:

- Solicitud de CCSP (debe llenar una solicitud de cuidado infantil, incluso si está en una actividad WorkFirst).
- Información sobre el proveedor de cuidado infantil (debe proporcionarla para que autoricemos los pagos a su proveedor de servicio de cuidado infantil).
- Proporcionar pruebas de todos los ingresos que su hogar haya recibido durante los últimos tres meses (por ejemplo, comprobantes de pago, manutención de niños, Ingreso del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y cualquier otro ingreso recibido por algún integrante de familia). Incluya su cronograma de empleo. No es necesario que proporcione pruebas del ingreso por asistencia en efectivo del estado (TANF).
- Si usted ha sido recientemente empleado y no tiene comprobantes de pago, aceptaremos una constancia de su empleador que incluya la fecha de contratación, el monto que gana (por hora, salario, etc.) y el cronograma que tendrá. Si su empleador no puede confirmar esta información, aceptaremos una declaración verbal o por escrito de usted. Usted debe brindarnos una copia de su talón salarial dentro de los 60 días WAC 170-290-0012
- Prueba de los pagos de manutención de niños ordenados por un tribunal o dispuestos por una orden administrativa (si corresponde) y una verificación de los pagos realizados.
- **Sólo** Working Connections Child Care: Si los cuidados son provistos por un proveedor familiar / amigo / vecino, el proveedor debe satisfacer las calificaciones enumeradas en la Parte 2B de la solicitud y usted debe presentar:
 - Copia legible de la identificación con foto del proveedor, tales como licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte o identificación militar.
 - Copia legible de la tarjeta vigente del seguro social del proveedor.
 - Prueba de que el proveedor está habilitado legalmente para trabajar en EE. UU., tal como Permiso de Residencia (Green Card), Tarjeta para Extranjeros Residentes (Resident Alien Card), o Documento de Autorización de Empleo (Employment Authorization Document, EAD).
 - Formulario de Autorización de Antecedentes, DSHS 09-653. Puede obtener este formulario de su asistente social autorizado de WCCC. **No se harán pagos por el cuidado proporcionado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de verificación de antecedentes (de todas las personas para las que se requiera).**

Para reportar cambios

Llame al: 1-877-501-2233; Fax: 1-888-338-7410 (con su ID de cliente en cada página); o www.washingtonconnection.org



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
Solicitud de CCSP (CCSP Application)
Parte 1. Información de solicitud

La información incompleta puede demorar la aprobación para servicios y pago. A máquina o en letra de imprenta.

Cuidado infantil por temporada

Los postulantes deben:

- **Vivir en** los condados de Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom o Yakima;
- **Trabaja en** empleo basado en la agricultura que incluye cultivo, producción, cosecha o procesamiento de árboles de frutas o maíz.

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NÚMERO DE ID DEL CLIENTE	FECHA
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE		SSN (OPCIONAL)	NÚMERO DE TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ORIGEN ÉTNICO / RAZA DEL SOLICITANTE
			SEXO DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Su familia se encuentra sin hogar? Sí No (Algunos ejemplos: vivir en un motel, albergue, vivienda de transición, automóvil, espacio público o como invitado debido a la pérdida de su vivienda o dificultades económicas.)

NIÑOS POR LOS QUE USTED ES RESPONSABLE QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO/FEME NINO	ORIGEN ÉTNICO	SSN (OPCIONAL)	CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL DE EE. UU.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CÓNYUGE O EL OTRO PADRE / TUTOR DEL NIÑO EN EL HOGAR (REQUISITO)

¿Está casado? Sí No

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SSN (OPCIONAL)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	PARENTESCO CON LOS NIÑOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

SOLICITANTE

CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE/TUTOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA	NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA
DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA)	DIRECCIÓN (EMPLEO, ACTIVIDAD WORKFIRST O ESCUELA)
NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO	NÚMERO DE TELÉFONO FECHA DE INICIO
SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO POR PERÍODO DE PAGO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$	SI USTED ESTÁ EMPLEADO, ¿CUÁN A MENUDO COBRA SU SUELDO Y CUÁL ES SU SUELDO POR PERÍODO DE PAGO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$

FUENTES MENSUALES DE INGRESOS GANADOS Y NO GANADOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Incluya copias (correspondientes a los últimos tres meses):	NOMBRE USTED MISMO	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
Empleo (bruto, antes de impuestos incluya propinas)				
Empleo independiente				
Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)				
Manutención para niños recibida				
Seguro Social (SSI, SSA)				
Beneficios de VA, Discapacidad, Labor e industrias (L&I) o desempleo				
Ciegos, ancianos o discapacitados (beneficios ABD)				
Otro (especificar):				

DSHS 14-417 SP (REV. 03/2017) Spanish

Barcode label



14417

¿Paga usted manutención para niños por orden judicial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Monto mensual: \$
¿Tiene una orden judicial para recibir manutención para niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Monto mensual: \$

RECURSOS DISPONIBLES

¿Cuenta con recursos disponibles por un valor de \$1,000,000.00 o más? Sí No
 Algunos ejemplos de recursos disponibles son: efectivo, cuentas bancarias, acciones y valores, cuentas de inversión, bienes raíces.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PADRE / TUTOR

SOLICITANTE		CÓNYUGE O SEGUNDO PADRE/TUTOR
ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./ P.M.		ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD WORKFIRST) INDIQUE EL HORARIO EN A.M./ P.M.
	¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD?	¿CUÁL ES SU CRONOGRAMA DE EMPLEO, ESCUELA, ACTIVIDAD?
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

En qué fecha comenzará el cuidado de niños:
 Solicitante: Si lo sabe, ¿cuánto le lleva llegar desde su proveedor hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)?
 Otro padre/tutor: Si lo sabe, ¿cuánto le lleva llegar desde su proveedor hasta su actividad (empleo, escuela, etc.)?

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS. PARA NIÑOS ADICIONALES, ADJUNTE UNA HOJA APARTE CON SU INFORMACIÓN.

NOMBRE DE LOS NIÑOS	CRONOGRAMA ESCOLAR (DÍAS Y HORAS EXACTOS)	CRONOGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS (DÍAS Y HORAS EXACTOS)

¿Sus niños de edad escolar necesitarán de cuidado durante las vacaciones escolares y de verano? Sí No

¿Tiene usted un niño con necesidades especiales? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, comuníquese con el asistente social autorizado para obtener información sobre las tarifas correspondientes a necesidades especiales.

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes como lo requiere la Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993. **Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede proporcionarle esta agencia.** Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro de votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar, a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir si desea o no registrarse o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante: Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? Sí No

Derecho a audiencia

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigencia de la medida o previo a éste, o antes de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, SI usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Declaro bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta declaración según mi leal saber y entender es verdadera, correcta y completa, y comprendo que de falsificar voluntariamente esta información me hace sujeto de penas dispuestas por la Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL PRIMER PADRE/TUTOR	FECHA	FIRMA DEL SEGUNDO PADRE/TUTOR	FECHA
------------------------------	-------	-------------------------------	-------

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades. Nadie será excluido debido a su raza, color, religión, credo, nacionalidad, género, edad o estado civil, ni por ser un veterano discapacitado o veterano de la era de Vietnam, ni por alguna discapacidad.



Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Solicitud de CCSP (CCSP Application)

Parte 2A. Información de proveedor certificado

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR Y PROVEEDOR)

A máquina o en letra de imprenta. La información incompleta puede demorar la aprobación para el pago.

FECHA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN
NÚMERO DE FAX
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR
NÚMERO DEL PROVEEDOR
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
FECHA PROBABLE DE COMIENZO DEL CUIDADO

1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

El nombre y la dirección del proveedor que nos son provistas es información pública y puede ser brindada a cualquier persona que la solicite.

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

2. TIPO DE CUIDADO: MARQUE LA CASILLA CORRECTA PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE CUIDADO QUE USTED PROPORCIONA. EL PROVEEDOR DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 3 Y 4.

<input type="checkbox"/> Centro Autorizado de Cuidado de Niños	SSN del PROVEEDOR O NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	<input type="checkbox"/> Hogar familiar autorizado para el cuidado de niños	SSN del PROVEEDOR O NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN FISCAL
--	---	---	---

3. INDIQUE LOS DÍAS Y LOS HORARIOS EN LOS QUE USTED PROVEERÁ CUIDADOS PARA LOS SIGUIENTES NIÑOS (UTILICE LA SECCIÓN CINCO EN CASO DE QUE OFREZCA SERVICIOS A MÁS NIÑOS)

NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE SE PROVEERÁN LOS CUIDADOS, ESPECIFIQUE HORARIOS ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR

4. PROVEEDOR CERTIFICADO: INGRESE SUS TARIFAS DIARIAS

¿Cuáles son las tarifas habituales que usted le cobra al padre/tutor? Esta información debe ser provista antes de que se autorice el pago. Si necesita ayuda, llame a la línea para proveedores al 1-800-394-4571 o envíe un correo electrónico a providerhelp@dshs.wa.gov.	LACTANTE (CERO – 11 MESES) \$	BEBÉ (12 – 17 MESES) \$	NINOS PEQUEÑOS (18 – 29 MESES) \$	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MONTO: \$ _____
	PREESCOLAR (30 MESES – CINCO AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA) \$	EDAD ESCOLAR (CINCO – 12 AÑOS) \$	TARIFA DE REGISTRO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> ÚNICA VEZ <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> TARIFA POR VIAJE DE CAMPO	<input type="checkbox"/> POR NIÑO <input type="checkbox"/> POR FAMILIA \$ _____ POR MES TASA

Comuníquese con el Centro de Atención para averiguar las tarifas de pago para niños con necesidades especiales.

Entiendo que el completar este formulario no garantiza el pago. Si se autoriza el cuidado de niños, acepto que se me pague por los cuidados a mi tarifa habitual o a la tarifa estatal, la que sea menor.

FIRMA DEL PROVEEDOR <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otro	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO Y FAX (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
---	-------	--



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Sólo solicitud de WCCC (WCCC Only Application)
Parte 2B. Información del proveedor de cuidado brindado por parientes o en el hogar

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR Y PROVEEDOR)

A máquina o en letra de imprenta La información incompleta puede demorar la aprobación para el pago.

SECCIÓN 1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		FECHA
El nombre y la dirección del proveedor que nos son provistas es información pública y puede ser brindada a cualquier persona que la solicite.		NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN
NOMBRE DEL PROVEEDOR		NÚMERO DE FAX
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR (SI EL CUIDADO SE REALIZA EN EL HOGAR DEL PROVEEDOR, ESCRIBA LA DIRECCIÓN FÍSICA, NO LA DIRECCIÓN POSTAL)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DEL PADRE/TUTOR
		NÚMERO DEL PROVEEDOR
		NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR
		FECHA PROBABLE DE COMIENZO DEL CUIDADO

SECCIÓN 2. A SER LLENADA POR EL PADRE QUE SOLICITA CUIDADO DE NIÑOS

- Es el proveedor su hijo (natural, hijastro, adoptado o de crianza temporal) y tiene entre 18 y 20 años de edad. Sí No
- Es el proveedor su padre (natural, padrastro, adoptivo o temporal). Sí No
Si la respuesta al #2 es afirmativa, marque la casilla que aplica a usted.
Es usted: Viudo. Divorciado. Casado, separado o nunca se casó.
 Vive con un cónyuge discapacitado que no puede cuidar del niño por al menos cuatro semanas seguidas en un trimestre.
- Ni 1 ni 2 aplican.

SECCIÓN 3. A RELLENAR POR LA FAMILIA / AMIGOS / VECINOS DEL PROVEEDOR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR	RELACIÓN CON EL NIÑO	CORREO ELECTRÓNICO DEL PROVEEDOR
¿EL PROVEEDOR ES MAYOR DE 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO	¿CIUDADANO DE EE.UU. O RESIDENTE LEGAL CON PERMISO DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Usted debe:

Brindar cuidado sólo en el hogar de los niños. El cuidado puede darse en el hogar del proveedor solamente si se trata de uno de los siguientes parientes de los niños: tía, tío, abuelo, abuela, hermano(a) que vive fuera del hogar, tía abuela, tío abuelo, bisabuela o bisabuelo.

¿Vive usted con el niño al que brinda cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El cuidado se brindará en el hogar de los niños. Vaya a la Sección 5. <input type="checkbox"/> El cuidado se brindará en el hogar del proveedor. Vaya a la Sección 4.
---	---

SECCIÓN 4. EL PROVEEDOR LA LLENA SI EL CUIDADO A LOS NIÑOS SE BRINDA EN EL HOGAR DEL PROVEEDOR Y EL NIÑO NO VIVE AHÍ

Cuando el cuidado se brinde en su hogar y el niño no viva ahí, proporcione al departamento los nombres, fechas de nacimiento y estatus de delincuente sexual de todas las personas de 16 años de edad o más que vivan con usted:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DELINCUENTE SEXUAL REGISTRADO	La omisión de reportar a un delincuente sexual en el hogar del proveedor donde se brinda el cuidado causará la descalificación permanente del proveedor. WAC 170-290-0160
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certifico que las personas arriba enlistadas son los únicos individuos de 16 años de edad o más que viven conmigo. Comprendo que estos individuos estarán sujetos al mismo proceso de investigación de antecedentes que yo. También comprendo que si otra persona de 16 años de edad o más se muda a mi hogar mientras soy un proveedor autorizado de WCCC, debo notificar inmediatamente al padre.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------

SECCIÓN 5. A SER LLENADA POR PROVEEDOR FAMILIAR / AMIGO / VECINO

Los proveedores familiares / amigos / vecinos pueden facturar al estado por un máximo de seis (6) niños al mismo tiempo.

ESCRIBA LOS DÍAS, HORAS Y TARIFAS A LAS QUE PROPORCIONARÁ CUIDADO PARA LOS NIÑOS.

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE SE PROVEERÁN LOS CUIDADOS, ESPECIFIQUE HORARIOS ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR

La tarifa habitual por hora por niño es:\$. Comprendo que se me pagará mi tarifa o la tarifa estatal, la que sea menor.

COMUNÍQUESE CON EL CENTRO DE ATENCIÓN PARA AVERIGUAR LAS TARIFAS DE PAGO PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

SECCIÓN 6. A SER LEÍDA Y FIRMADA POR EL PROVEEDOR**Responsabilidades del proveedor:**

- Llenar una autorización de investigación de antecedentes. Si usted cuida a un niño en su propio hogar, presentar también una autorización llena de investigación de antecedentes para cada persona de 16 años de edad o más que viva con usted o que se mude a su casa.
- Reportar a DSHS dentro de un plazo de 24 horas cualquier condena penal o acusaciones pendientes contra usted o contra cualquier persona de 16 años de edad o más en su hogar si es que el cuidado se brinda en su hogar.
- Reportar a DSHS dentro de un plazo de 10 días si cambia su nombre legal, dirección o número telefónico.

Elegibilidad de proveedores:

- Tener 18 años de edad o más y ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Proporcionar cuidados en el hogar de los niños únicamente. El cuidado debe ser provisto en el hogar del proveedor únicamente si él/ella es uno de los siguientes parientes de los niños: tío/a, abuelo/a, hermano/a que vive fuera del hogar, tío/a abuelo/a o bisabuelo/a.
- Ser lo bastante física y mentalmente sano para satisfacer todas las necesidades del niño a su cuidado. Si el personal de WCCC lo solicita, el o los padres deben proporcionar prueba escrita de que usted está lo bastante física y mentalmente sano para ser un proveedor seguro de cuidado de niños.
- Ser capaz de cuidar al niño sin usar castigos físicos ni maltrato mental.
- Proporcionar cuidado al niño en un hogar seguro.
- Estar informado acerca de las prácticas de salud básicas, prevención y control de enfermedades infecciosas, y vacunas.
- Proporcionar constante cuidado, supervisión y actividades según las necesidades de desarrollo del niño.
- Dar cuenta inmediatamente al padre de cualquier información de condena penal o cargos pendientes en contra de usted o de cualquier persona en su hogar que tenga 16 años de edad o más, si el cuidado ocurre fuera del hogar del niño.
- No ser el padre biológico, padrastro o padre adoptivo, tutor legal, in loco parentis o el cónyuge de alguna de estas personas.

Registros de asistencia:

- Los registros deben:
 - Mostrar tanto los días como las horas en las que cuidó a cada niño.
 - Hacer que el padre o tutor firme y feche los registros de asistencia al menos una vez por semana.
 - Conservarse durante 5 años.
 - Entregarse dentro de un plazo de 14 días si DSHS o DEL piden verlos.

Facturación:

- No se le pagará por el cuidado de niños brindado antes de la fecha en que todas las investigaciones de antecedentes sean aprobadas por DSHS. Si usted brinda cuidados antes de que se apruebe su investigación de antecedentes, la familia es responsable de pagarle.
- Puede facturar a DSHS po un máximo de seis (6) niños durante las mismas horas de cuidado.
- Registre los registros de asistencia diaria para determinar el número de unidades a facturar en base a la asistencia de un niño y la autorización.

SECCIÓN 6. CONTINÚA

Sindicato Internacional de Empleados de Servicio Local 925 (por sus siglas en inglés, "SEIU 925")

SEIU 925 representa a los proveedores familiares/amigos/vecinos. El Contrato Colectivo delinea las disposiciones y beneficios para los miembros de SEIU 925. Los miembros pagan cuotas del 2 por ciento de los servicios a niños pagados por el estado. Las cuotas tienen un máximo de \$50 por mes.

Hay información adicional disponible en: *Una Guía para Proveedores Familiares, Amigos y Vecinos de Ciudad a Niños* ubicada en: <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

Comprendo que llenar este formulario **no garantiza el pago**. Si se autoriza el cuidado de niños, acepto recibir el pago por cuidado de niños a mi tarifa habitual o a la tarifa del estado, **la que sea menor**. Comprendo que el pago no puede ocurrir antes de la fecha en que el departamento reciba todos los resultados de investigaciones de antecedentes. He leído y comprendido la Sección 6 de este formulario.

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada por mí en esta declaración es cierta, correcta y completa a mi leal saber y entender, y estoy enterado de que las falsificación voluntaria de esta información por mi parte puede hacer que se me someta a los castigos dispuestos en las leyes estatales de Washington (RCW 74.08.055).

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

- Cuidador no pariente
 Cuidador pariente

SECCIÓN 7. A SER LEÍDA Y FIRMADA POR EL PADRE

Yo, como padre/tutor, certifico que mi proveedor familiar/amigo/vecino satisface los requisitos citados más arriba. Comprendo que:

- Si no puedo hacer estas afirmaciones, el pago no será autorizado.
- Cierta información de antecedentes podría descalificar a mi proveedor. Cuando el servicio se preste fuera del hogar del niño, será responsabilidad de mi proveedor notificarme inmediatamente si éste, o cualquier persona de 16 años o más que viva con el proveedor, son acusados o condenados por un delito. Es responsabilidad mía notificar inmediatamente a mi asistente social autorizado de WCCC.
- No se harán pagos por el cuidado proporcionado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de verificación de antecedentes.
- Debo notificar al personal de WCCC, dentro de un período de cinco días, si este proveedor suspende el cuidado de los niños.
- Mi proveedor no será remunerado por el cuidado de más de seis niños al mismo tiempo (en los mismos días a la misma hora).
- No puedo tener a más de tres proveedores familiares/amigos/vecinos autorizados para el pago de WCCC al mismo tiempo durante mi período de elegibilidad. Sólo uno de estos tres proveedores podrá ser un proveedor de respaldo (sustituto). Puedo usar un proveedor certificado/autorizado para cuidados de respaldo..
- Como empleador de su proveedor familiar/amigo/vecino, es su responsabilidad hacer que su proveedor llene el Formulario de Verificación de Elegibilidad para el Empleo de USCIS I.9.
 - Todos los empleadores de EE.UU. deben completar y conservar un Formulario I-9 por cada individuo que contraten para trabajar en los Estados Unidos.
 - Esto incluye a ciudadanos y no ciudadanos.
 - En el formulario, el empleador debe examinar la elegibilidad para el empleo y el/los documento(s) de identidad que presente un empleado para determinar si el/los documento(s) parecen ser genuinos y se relaciona(n) con el individuo y registrar la información del documento en el Formulario I-9,
 - La lista de documentos aceptados se encuentra en la última página del formulario. *El formulario y las instrucciones se encuentran en: <http://www.uscis.gov/i-9>*
- Si la situación de vivienda cambia entre usted y el proveedor, notifique esto inmediatamente (este tipo de cambio puede afectar qué documento fiscal será enviado a los proveedores por sus servicios).

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada por mí en esta declaración es cierta, correcta y completa a mi leal saber y entender, y estoy enterado de que las falsificación voluntaria de esta información por mi parte puede hacer que se me someta a los castigos dispuestos en las leyes estatales de Washington (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA