

**Estado de Michigan****Solicitud al Programa de Desarrollo y Cuidado Infantil (Child Development and Care, CDC)**

**PROPÓSITO:** esta es la Solicitud de Desarrollo y Cuidado Infantil de Michigan (Michigan Child Development and Care, CDC) que se usa para solicitar asistencia para cuidado infantil. Usted puede ser elegible para obtener ayuda para sus gastos de cuidado infantil si tiene que trabajar, completar su educación o capacitación, o completar actividades de tratamiento. La información adicional sobre el programa CDC, incluyendo los requisitos de ingresos, beneficios y proveedores, se puede encontrar en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

**PUEDE CALIFICAR PARA RECIBIR ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL SI USTED ES:**

- Una familia con bajos ingresos.
- Un padre/madre temporal autorizado que solicita cuidado para hijos en adopción temporal.
- Un beneficiario de un caso de servicios de protección que participa en un plan de tratamiento.
- Un beneficiario del Programa de Independencia Familiar (Family Independence Program, FIP) o de Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI).
- Un solicitante del FIP que realiza una actividad de un trabajo requerido por la participación en el programa.
- Un trabajador agrícola migrante.
- Una persona sin hogar.

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD:**

Complete cada uno de los siguientes pasos. La solicitud también se puede usar como un formulario electrónico que puede completar en su computadora e imprimirlo. Si necesita ayuda con la lectura, escritura o audición, o si tiene otras necesidades especiales, infórmenos al comunicarse con su oficina local del MDHHS. Si necesita un intérprete, podemos ayudarle.

Lea todas las instrucciones con atención y responda a **todas** las preguntas en la solicitud completamente. Si la pregunta no corresponde para usted, márquela con "NC" (no corresponde). **Debe responder a todas las preguntas antes de que se pueda procesar su solicitud.**

Si necesita más espacio, imprima el archivo que se llama "Solicitud de CDC: espacio adicional" (CDC Application- Additional Space) en inclúyalo con esta solicitud. Puede encontrar el archivo en: [www.michigan.gov/childcare/additional\\_space\\_document](http://www.michigan.gov/childcare/additional_space_document).

Proporcione constancia de toda la información requerida en esta solicitud. Puede encontrar una lista de las formas aceptables de constancias en [www.michigan.gov/childcare/acceptable\\_proofs](http://www.michigan.gov/childcare/acceptable_proofs). Con esta solicitud debe enviar copias de los documentos originales. **No envíe documentos originales**, podría no recibirlos de regreso. La información incluye:

Constancia de identificación para cada adulto y niño en su familia. Tenga en cuenta que no tiene que proporcionar su número de Seguro Social (Social Security Number, SSN). Sin embargo, puede ser útil para el proceso de elegibilidad.

Constancia de su residencia.

Constancia de sus ingresos y empleo.

Lea con atención la sección "Derechos y reconocimientos" (Rights and Acknowledgements) de este formulario, que se encuentra en la Página 7. Firme y coloque la fecha en la Página 7.

Lleve la solicitud completa y las constancias a su oficina local del condado del MDHHS o envíela por correo, fax o use la solicitud en línea en [www.mibridges.michigan.gov](http://www.mibridges.michigan.gov). Puede encontrar una lista de oficinas del condado en: [http://www.michigan.gov/MDHHS/0,4562,7-124-5459\\_5461---,00.html](http://www.michigan.gov/MDHHS/0,4562,7-124-5459_5461---,00.html). Obtenga un recibo cuando presente su solicitud para sus registros. También puede marcar la fecha en que presentó su solicitud en la casilla en la parte superior de esta página. Guarde esta página para sus registros.

Para obtener asistencia adicional, comuníquese con su oficina local del MDHHS

La solicitud se asignará a un especialista de beneficios del MDHHS, quien trabajará con usted para reunir toda la información necesaria para ver si usted califica para recibir los beneficios de CDC. Podría recibir una solicitud de información adicional para ayudarnos a determinar su elegibilidad para obtener los beneficios del programa CDC. Podrían pasar hasta 45 días para que usted sepa si califica para recibir los beneficios. Puede encontrar más información sobre el proceso de solicitud en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

**Completar esta solicitud no garantiza que usted recibirá asistencia para el cuidado infantil.** Si califica para recibir los beneficios de CDC, deberá seleccionar a un proveedor de cuidado infantil para sus hijos. Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor de CDC, visite el siguiente sitio web para obtener una lista de proveedores disponibles: [www.GreatStarttoQuality.org](http://www.GreatStarttoQuality.org).

Si tiene preguntas acerca de cómo completar esta solicitud o si tiene problemas para obtener la información que necesita, comuníquese con su oficina local del MDHHS.

**Vaya a la siguiente página para empezar la solicitud.**

## Estado de Michigan

# Solicitud al Programa de Desarrollo y Cuidado Infantil (Child Development and Care, CDC)

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**Háblenos de usted y dónde vive.**

Incluir constancia de su identidad. Puede encontrar una lista de constancias aceptables en [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

Incluir constancia de su residencia. Puede encontrar una lista de constancias aceptables en [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Otros nombres con los que podría ser conocido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		N.º de Seguro Social (SSN) (opcional)
Marque dónde vive: <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento/Casa móvil <input type="checkbox"/> Casa compartida Apartamento/Casa móvil compartida <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro (lista)					
Dirección					
Ciudad		Estado		Condado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la anterior o apartado postal)					
Ciudad		Estado		Condado	Código postal
Teléfono de casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	TTY#
¿Cuál es su idioma hablado preferido?		¿Cuál es su idioma escritopreferido?		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
¿Es usted o alguien en su familia un trabajador agrícola migrante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Grupo étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latina		Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska: ingrese el nombre de la tribu <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico o nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Blanca			
Necesito servicios de cuidado infantil por (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Educación/Capacitación/Preparación para empleo <input type="checkbox"/> Programa PATH u otra actividad aprobada <input type="checkbox"/> Tratamiento para una afección médica o condición social			Necesito tiempo de estudio por (marque todo lo que corresponda): Incluir el número de horas que necesita a la semana. <input type="checkbox"/> Terminación Escuela secundaria o GED N.º de horas a la semana: <input type="checkbox"/> Educación Número de horas a la semana:		
¿Ha recibido alguna vez asistencia para cuidado infantil del programa CDC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí, ¿cuándo?		¿Dónde? (Ciudad)		(Condado)	

**Continúe a la siguiente página**

Para obtener asistencia adicional, comuníquese con su oficina local del MDHHS

## SECCIÓN 2: ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN SU CASA

**Háblenos sobre todos los adultos que viven en su casa. Si necesita espacio adicional, llene la hoja de Solicitud de CDC: espacio adicional (CDC Application- Additional Space). Puede encontrar esa hoja en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).**

Enumere todos los miembros adultos adicionales de su grupo familiar. Incluya miembros de la familia que no viven con usted, pero que se espera que regresen a su casa. No tiene que incluir a la persona que presenta la solicitud

**Nombre** (Primer nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento	Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------	--	--	-----------------------	----------------	--	--

**Nombre** (Primer nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento	Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------	--	--	-----------------------	----------------	--	--

**Nombre** (Primer nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento	Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------	--	--	-----------------------	----------------	--	--

**Cuéntenos sobre todos los niños que viven en su casa. Si necesita espacio adicional, llene la hoja de Solicitud de CDC: espacio adicional (CDC Application- Additional Space). Puede encontrar esa hoja en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).** Enumere a todos los niños que hay en su casa.

**Niños:**

- Enumere a todos los niños menores de 18 años de edad que estén en su casa o que podrían regresar a su casa.  
 Incluir constancia de la edad de cada niño. Puede encontrar una lista de constancias aceptables en [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

**Nombre del niño** (Primer nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------	---	--	-----------------------	----------------	--	--

Nombre del padre/madre	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón	
------------------------	--	---	----------------------------	---	--

Nombre del padre/madre	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón	
------------------------	--	---	----------------------------	---	--

¿Recibe el menor manutención de menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, ¿de quién? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	¿Quién recibe la manutención de menores?	¿Cuánto se recibe de manutención cada mes? \$
--	---	--	--

¿Necesita el niño cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor	Identificación del proveedor (si la sabe)
---	----------------------	---

**Continúe a la siguiente página**

## SECCIÓN 2 (continuación):

<b>Nombre del niño</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido):						
Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre/madre, si es diferente al del niño anterior	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente a la del niño anterior	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón		
Nombre del padre/madre, si es diferente al del niño anterior	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente a la del niño anterior	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón		
¿Recibe el menor manutención de menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿de quién? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	¿Quién recibe la manutención de menores?	¿Cuánto se recibe de manutención cada mes? \$			
¿Necesita el niño cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor	Identificación del proveedor (si la sabe)				
<b>Nombre del niño</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido):						
Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con usted:	SSN (opcional)	¿Recibe asistencia en efectivo de MDHHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre/madre, si es diferente al del niño anterior	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente a la del niño anterior	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón		
Nombre del padre/madre, si es diferente al del niño anterior	¿Vive en casa con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿quién vive con el niño?	Dirección, si es diferente a la del niño anterior	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente por otra razón		
¿Recibe el menor manutención de menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿de quién? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	¿Quién recibe la manutención de menores?	¿Cuánto se recibe de manutención cada mes? \$			
¿Necesita el niño cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del proveedor	Identificación del proveedor (si la sabe)				

**Continúe a la siguiente página**

### SECCIÓN 3: OTRA INFORMACIÓN (Marque todo lo que corresponda)

- Estoy solicitando cuidado infantil para un hijo(s) adoptivo(s) temporal(es), o un hijo(s) que
- espera una colocación en cuidados temporales. Necesito cuidado infantil solo para participar en una actividad requerida por los Servicios de protección del MDHHS.

### SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS (Completar las subsecciones A-C a continuación)

#### SECCIÓN 4.A INGRESOS POR EMPLEO (Salarios)

Enumere todos los ingresos para usted y los miembros que viven en su casa. Si necesita espacio adicional, llene la hoja de Solicitud de CDC: espacio adicional Puede encontrar esa hoja en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

Adjunte copias de las siguientes constancias a la solicitud. Constancia de horario de trabajo y todos los ingresos para los 30 días más recientes, tales como salarios, propinas, comisiones y bonos. Puede encontrar una lista de constancias aceptables en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

<b>Persona empleada</b>	Nombre del empleador		Puesto de trabajo/Tipo de trabajo	
Dirección del empleador		Número de teléfono del trabajo		¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es empleo nuevo, primera fecha del cheque de pago	Día de la semana en que recibe el pago:		Fecha del cheque de pago más reciente:	
Horario de trabajo	Miércoles	(AM/PM)	Número promedio de horas que espera trabajar: N.º de horas Por	Ingreso mensual total \$
Domingo	Jueves	(AM/PM)		
Lunes	Viernes	(AM/PM)		
Martes	Sábados	(AM/PM)		
Tarifa de pago \$ <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Otros _____	¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro		¿Recibe usted una bonificación o comisión? <input type="checkbox"/> Bono <input type="checkbox"/> Comisión Si la respuesta es SÍ, cuánto?	
¿Trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Con qué frecuencia?	¿Recibe usted propinas adicionales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ, propinas promedio \$ ____ Por <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> Semana			
<b>Persona empleada</b>	Nombre del empleador		Puesto de trabajo/Tipo de trabajo	
Dirección del empleador		Número de teléfono del trabajo		¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es empleo nuevo, primera fecha del cheque de pago	Día de la semana en que recibe el pago:		Fecha del cheque de pago más reciente:	
Horario de trabajo	Miércoles	(AM/PM)	Número promedio de horas que espera trabajar: N.º de horas Por	Ingreso mensual total \$
Domingo	Jueves	(AM/PM)		
Lunes	Viernes	(AM/PM)		
Martes	Sábados	(AM/PM)		
Tarifa de pago \$ <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Otros	¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro		¿Recibe usted una bonificación o comisión? <input type="checkbox"/> Bono <input type="checkbox"/> Comisión Si la respuesta es SÍ, cuánto?	
¿Trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Con qué frecuencia?	¿Recibe usted propinas adicionales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ, propinas promedio \$ ____ Por <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> Semana			

**Continúe a la siguiente página**

Para obtener asistencia adicional, comuníquese con su oficina local del MDHHS

## SECCIÓN 4.B: EMPLEO POR CUENTA PROPIA

**Complete esta sección si usted o alguien en su casa trabaja por cuenta propia.**

Los ejemplos de ingresos por empleo por cuenta propia incluyen, ventas de productos, ventas de bienes raíces, servicios personales, agricultura, cuidado infantil en el hogar y propiedad rentada. Adjunte copias de las siguientes constancias a la solicitud: Todos los ingresos y gastos del empleo por cuenta propia, como declaraciones de [impuestos federales o registros](#). tributarios. Puede encontrar una lista de constancias aceptables en:

[www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

<b>Persona empleada</b>	Nombre comercial	Tipo de trabajo	
Dirección comercial	Número de teléfono de la empresa	Fecha de inicio	Fecha del último cheque de pago
¿Horas estimadas de trabajo por cuenta propia al día? Domingo   Lunes   Martes Miércoles   Jueves   Viernes Sábados		Ingreso mensual total (antes de impuestos) \$	
<b>Persona empleada</b>	Nombre comercial	Tipo de trabajo	
Dirección comercial	Número de teléfono de la empresa	Fecha de inicio	Fecha del último cheque de pago
¿Horas estimadas de trabajo por cuenta propia al día? Domingo   Lunes   Martes Miércoles   Jueves   Viernes Sábados		Ingreso mensual total (antes de impuestos) \$	

## SECCIÓN 4.C: INGRESOS NO DEVENGADOS

Tipo de ingresos	Nombre de la persona que recibe los ingresos	¿Con qué frecuencia lo recibe?	Monto	¿Se espera que continúe?	Fecha esperada (si no lo recibe ahora)
<input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes, etc.					
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social					
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo					
<input type="checkbox"/> Asistencia del estado por discapacidad (SDA)					
<input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/jubilación					
<input type="checkbox"/> Compensación al trabajador					
<input type="checkbox"/> Manutención de menores					
<input type="checkbox"/> Becas o préstamos educativos					
<input type="checkbox"/> Distribución de juego (lotería)					
<input type="checkbox"/> Ingresos/pagos de una tribu (GA tribal, reclamos por tierras, participación de ganancias de un casino, etc.)					
<input type="checkbox"/> Asistencia para vivienda					
<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad					
<input type="checkbox"/> Ingresos por cultivos y granja					
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos					

Tipo de ingresos	Nombre de la persona que recibe los ingresos	¿Con qué frecuencia lo recibe?	Monto	¿Se espera que continúe?	Fecha esperada (si no lo recibe ahora)
<input type="checkbox"/> Asignaciones del ejército					
<input type="checkbox"/> Contrato de compraventa de terrenos, hipoteca o ingresos por renta Nombre del inquilino:					
<input type="checkbox"/> Otros					

## SECCIÓN 5: DERECHOS, RECONOCIMIENTOS Y FIRMA

Al firmar, usted acepta lo siguiente:

- SOLICITUD:** yo entiendo que tengo derecho a presentar una solicitud en cualquier momento, incluyendo antes de cualquier reunión con el MDHHS.  
Mi solicitud debe ser aprobada o rechazada en un plazo de 45 días después de su recepción por parte del MDHHS.
- NO-DISCRIMINACIÓN:** Entiendo que si yo considero que he sido discriminado debido a raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, estatura, peso, estado civil, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, o creencias políticas, tengo derecho a presentar una queja con el Secretario, Departamento de Salud y Servicios Humanos, en Washington, D.C.
- BENEFICIOS DEL PROGRAMA:** entiendo que mi hijo o hijos deben ser aprobados por el programa CDC antes de que reciba asistencia con los gastos de cuidado infantil. Yo soy responsable de todos los gastos de cuidado infantil que no son pagados por el programa CDC, incluyendo los gastos de cuidado infantil cobrados mientras se determina mi elegibilidad para recibir los beneficios del programa CDC.
- REQUISITOS DE INFORME:** entiendo que tengo que informar sobre los siguientes cambios dentro de los 10 días calendario a mi especialista del MDHHS:
  - cambio de proveedor o de centro de cuidado infantil.
  - residencia
  - miembros del grupo familiar
  - cuando el ingreso de grupo del programa exceda la escala de elegibilidad por ingresos para el tamaño de la familia
  - Entiendo que si no informo estos cambios o hago declaraciones falsas o engañosas, se me puede procesar por fraude o perjurio.
  - Si informo sobre un cambio que dé como resultado una reducción de mis beneficios, la reducción puede ocurrir antes de que se me notifique.
  - Me comunicaré con mi especialista del MDHHS si tengo alguna pregunta sobre si debo informar un cambio.
- REEMBOLSO DE BENEFICIOS:** entiendo que si mi proveedor o yo recibimos un pago en exceso por parte del Departamento por cualquier razón, el dinero adicional tendrá que ser reembolsado. Si alguien que me represente intencionalmente proporciona información que dé como resultado un pago en exceso, yo podría ser procesado por fraude.
- MULTAS DEL PROGRAMA:** entiendo que si infrinjo cualquiera de las reglas del programa, se me puede descalificar del programa durante seis (6) meses, 12 meses, o de por vida.
- AUDIENCIAS:** entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada sobre cualquier asunto relacionado con mi caso, tengo derecho a solicitar una Audiencia administrativa. Para solicitar información sobre una Audiencia administrativa, puedo llamar a mi oficina local del MDHHS, o enviar una solicitud por escrito para una Audiencia administrativa a mi oficina local del MDHHS.
- DECLARACIÓN JURADA:** yo juro que toda la información que he escrito en este formulario o declarado a un especialista del MDHHS es verdadera. Entiendo que se me puede procesar por perjurio si yo he proporcionado información falsa intencionalmente. También sé que se me puede pedir que muestre una constancia de cualquier información que haya proporcionado. Si he omitido cualquier información intencionalmente o proporcionado información falsa que cause que reciba beneficios a los que no tengo derecho, o más beneficios de los que tengo derecho a recibir, entiendo que se me puede procesar por fraude.
- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** yo autorizo al Departamento a proporcionar información a mi proveedor de cuidado infantil, si se me aprueba para recibir los servicios de CDC, cuando haya cambios en la información de mi caso que le haya proporcionado previamente al proveedor, o



cuando mi solicitud para el programa CDC sea rechazado, retirado o cerrado. También autorizo al MDHHS o a cualquier proveedor de cuidado infantil que pueda proveer cuidado para mis hijos, a divulgar la información necesaria para determinar mi derecho a recibir los beneficios bajo cualquier programa local, estatal o federal. Autorizo a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) a proporcionar al Departamento toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios del programa CDC.

10. **VERIFICACIÓN CRUZADA COMPUTARIZADA:** yo entiendo que el Departamento podría verificar con las agencias federales, estatales y privadas para asegurarse de que la información que proporcione en esta solicitud es correcta. Esto puede incluir la verificación de salarios, ingresos, beneficios por desempleo, devoluciones de impuestos, beneficios y cifras del Seguro Social, condición migratoria, etc.
11. **PROVEEDORES DE CDC:** El cuidado infantil que yo seleccione debe ser proporcionado en Michigan, ya sea por un centro autorizado de cuidado infantil, un hogar con licencia de cuidado infantil en grupo, un hogar registrado como familia para cuidado infantil, o un proveedor sin licencia inscrito que proporcione cuidado en el hogar donde viva el niño, o un miembro de la familia que cumpla con el estado de parentesco con el niño y que proporcione el cuidado en su casa.
  - o Entiendo que mi proveedor no es empleado por el Estado de Michigan. Mi proveedor recibe un pago que el MDE emite en mi nombre.
  - o Si elijo a un proveedor sin licencia, él o ella no se inscribirá en el programa CDC o no recibirá el pago:
    - si él o ella o cualquier adulto que se informe que viva en la casa del proveedor, está en el registro central como perpetrador en un caso comprobado de los Servicios de Protección Infantil (Children's Protective Services) o ha sido acusado o condenado por ciertos delitos que le descalifiquen.
    - si él o ella no ha completado el requisito de orientación de GSQ (referido como el Gran inicio para recibir orientación de calidad (Great Start to Quality Orientation)). El Estado de Michigan no pagará por ningún cuidado proporcionado antes de su fecha de capacitación.
12. **Revisión:** mis registros se pueden seleccionar para revisión. Si se me selecciona, un representante del Estado de Michigan podría llamarme o llamar a otras personas para verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios del programa CDC.

**FIRMA: LEÍ Y ENTIENDO TODAS LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO.**

Firma del solicitante o representante	Fecha de la firma	Número de teléfono
Firma del testigo		Fecha de la firma

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, MDHHS) no discriminará a ninguna persona ni grupo por motivos de raza, religión, edad, nacionalidad, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad. Si necesita ayuda con la lectura, escritura, audición, etc., en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, (Americans with Disabilities Act), se le invita a informar sobre sus necesidades a la oficina del MDHHS en su área. Este formulario se emite bajo la autoridad de la Ley Pública (Public Act) 280 de 1939. Completar este formulario es voluntario. Sin embargo, si no se completa, no se puede determinar su elegibilidad y no recibirá los servicios de cuidado infantil.