



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Cliente:

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Fecha del Aviso:

GUARDE ESTA LISTA EN SUS ARCHIVOS

El Estado de Illinois ayuda a las familias de ingresos bajos a pagar por los servicios de cuidado de niños o guardería que necesitan para trabajar o ir a la escuela, entrenamiento y otras actividades relacionadas a trabajo. Por favor lea cuidadosamente las páginas siguientes y someta su solicitud de Redeterminación a su Agencia Cuidado de Niños, Recursos y Referencias (Child Care Resource and Referral - CCR&R) o al centro / hogar de cuidado de niños que tiene contrato con IDHS para proveer asistencia de cuidado de niños. Si quiere saber si es elegible o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud, llame su CCR&R local. Para encontrar su CCR&R local llame al 1-877-202-4453 (llamada gratis) o vaya a <http://www.inccra.org/find-your-llocal-ccrr-other>.

Por favor asegúrese de que esté completa toda la información antes de enviar su Redeterminación:

- * La Redeterminación está claramente completada con tinta negra o azul.
- * Todas las preguntas de la Redeterminación se completaron. Si la sección o pregunta no aplica, escriba "n/a" en la casilla para mostrar que no se omitió una pregunta.
- * La información es de su empleo/actividad educativa actual. Usted informará a CCR&R o proveedor si cambia alguna información en el futuro.
- * El nombre del padre / tutor está escrito en la parte superior de cada página de la Redeterminación.
- * Ambos usted y el otro padre /adulto han firmado la Redeterminación (página 12).
- * Todos los números de seguro social están escritos claramente o sino aplica, escriba "n/a" en la casilla. No se requiere los números de seguro social de los padres o niños pero se usan para obtener información y ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia de cuidado de niños. Toda la información es confidencial y no será compartida con nadie.
- * Toda la Información de la familia en la sección 3 (página 7) de la Redeterminación está completa incluyendo información sobre el estado de inmigración de sus niños. Los niños pueden recibir asistencia sin considerar su estado migratorio, pero se requiere que IDHS pida esta información. Esta información no será compartida con nadie. Los números de identificación de extranjería de sus niños se deben anotar, si tienen uno.
- * Todas las personas que viven en el hogar están incluidas en la Sección 3 (página 7).
- * Si alguien trabaja, por lo menos uno de los siguientes se incluye para verificar su empleo y el empleo de todas las personas en su unidad familiar que son mayores de 19 años de edad:
 - ** Copias de sus dos (2) últimos talones de cheques, o si no tiene suficiente tiempo trabajando para enviar una copia de dos cheques:
 - Una carta de su empleador o formulario de verificación indicando lo siguiente:
 - La fecha que empezó a trabajar.
 - La cantidad de dinero que le pagan.
 - Su horario típico de trabajo, incluyendo el total número de horas que trabaja por semana.
 - La dirección y número de teléfono de su empleador.
 - La firma de su empleador (patrono), o
 - ** Verificación de su propio negocio o trabajo por su cuenta. Esto puede incluir:
 - Una copia de su Declaración de Impuestos Federal más reciente (IRS 1040) y todos los adjuntos.
 - Una copia del cálculo de sus impuestos trimestrales.
 - Una lista de los ingresos y gastos del negocio de los últimos 30 días. Esto puede ser reportado en su propio formulario o en un Formulario de Empleo Propio que puede ser descargado en:
<http://www.dhs.state.il.us/OneNet Library/27897/documents/Forms/IL444-2790.pdf> o pídale en su oficina local de CCR&R.
Cuando reporta ingresos y gastos debe incluir, recibos, gastos u otra documentación para verificar toda la información.
- * Si va a la escuela, adjunte TODO lo siguiente:
 - * Copias de su horario escolar oficial.
 - * Copias de su más recientes calificaciones o notas indicando mi promedio de calificaciones (GPA).
- * Haga una copia de su Redeterminación para sus registros. Tenga en cuenta que si envía originales de sus talones de cheque u otra documentación no serán devueltos.
- * Toda información sobre ingresos y de trabajo de AMBOS padres ha sido escrita en las páginas 3 hasta la 6 e incluyó la documentación.
- * **Tenga en cuenta que si se deja en blanco alguna pregunta o si falta algún comprobante, le devolverán su solicitud como incompleta. Esto puede causar atrasos para aprobar los pagos del Programa de Asistencia para Cuidado de Niños.**
- * **También tenga en cuenta que toda la información presentada será sometida a verificación usando base de datos del Estado, locales y por Internet. Si se encuentran inconsistencias, puede demorarse su renovación o reterminación o se puede negar su participación en el Programa Asistencia Para Cuidado de Niños.**



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Número de Caso Cuidado de Niños:

Cliente:

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Fecha del Aviso:

Envíe su Redeterminación Completada a:

Código Trabajador Del Caso:

Razón para el Cuidado de Niños:

Proveedor(es):

En este momento se debe Re-determinar su elegibilidad para CUIDADO DE NIÑOS. Por favor complete y devuélvanos este formulario a la dirección indicada arriba. Si no recibimos esta información dentro de 10 días laborables, su cuidado de niños será CANCELADO. Si tiene dificultades para completar este formulario, por favor comuníquese con nosotros.

SI USTED TRABAJA, ADJUNTE COPIAS DE 2 TALONES DE CHEQUES DE PAGO MÁS RECIENTES.

SI USTED VA A UNA ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF (tal como educación o capacitación o entrenamiento), ADJUNTE UNA COPIA DE SU PLAN ACTUAL DE RESPONSABILIDAD Y SERVICIOS.

SI USTED VA A LA ESCUELA PERO NO RECIBE TANF, ADJUNTE UNA COPIA DE SU HORARIO ESCOLAR Y SUS CALIFICACIONES MÁS RECIENTES. SI USTED ES UN PADRE / MADRE JOVEN QUE VA A LA SECUNDARIA / GED, SÓLO SE NECESITA UNA COPIA DE SU HORARIO ESCOLAR. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE CON TINTA AZUL O NEGRA.

POR FAVOR LEA LA LISTA ADJUNTA ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO. (P. 1).

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL PADRE/ MADRE / TUTOR

INFORMACIÓN DEL TRABAJO - Si usted tiene más de un trabajo, **DEBE informarnos todo lo referente a todos sus trabajos aunque no necesite cuidado de niños para ese trabajo.** Fotocopie esta página completa y complete una hoja separada para la información y el horario de trabajo para cada trabajo que tenga.

Número de trabajos que tiene actualmente

Escriba un número de teléfono donde podamos llamarle durante el día: _____

Nombre del Empleador Actual / Compañía

Título de Trabajo

Dirección

Ciudad

Estado

Zona Postal

Número de Teléfono del Trabajo

Ext.

Fecha que empezó en este trabajo:

Yo gano sin descontar deducciones (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año

Yo gano (marque uno) ☐ cada día ☐ cada semana

Número de *horas que trabaja*
cada semana en este trabajo

Número de *días que trabaja*
cada semana en este trabajo

☐ cada dos semanas ☐ dos veces al mes

☐ una vez al mes ☐ otro (por favor explique)

Tiempo que tarda desde el proveedor de cuidado a este trabajo _____

¿Usa transportación pública? _____

HORARIO DE TRABAJO: Si su horario cambia, provea un *ejemplo* de su horario

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

Si su horario cambia, por favor explique cómo (*puede enviar horarios adicionales*):



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Si alguna información de la página anterior ha cambiado o está incorrecta, por favor complete la siguiente sección con su información del empleo actual.

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

Nuevo o Corregido Nombre del Empleador / Compañía (Copie y añada hojas si necesita)

Nuevo o Corregido Título de Empleo

Dirección Nuevo o Corregido:

Ciudad:

Estado

Zona Postal

Nuevo o Corregido Núm. Teléfono del Trabajo

Ext.

Fecha que empezó en este trabajo:

Información Nueva o Corregida de Salario (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año

Me pagan (marque uno) ☐ cada día ☐ cada semana

Número de horas que trabaja cada semana en este trabajo

Número de días que trabaja cada semana en este trabajo

☐ cada dos semanas ☐ dos veces al mes

☐ una vez al mes ☐ otro (por favor explique)

Tiempo que tarda desde el proveedor de cuidado a este trabajo

¿Usa transportación pública?

HORARIO DE TRABAJO NUEVO O CORREGIDO: Si su horario cambia, provea un ejemplo de su horario

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

Si su horario cambia, por favor explique cómo (puede enviar horarios adicionales):

¿Es este un trabajo nuevo desde su última redeterminación? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, nombre del empleador previo:

Fecha empleo previo terminó:

ESCUELA / CAPACITACIÓN / ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF

Actualmente, ¿va a la escuela, capacitación o entrenamiento o una Actividad Requerida por TANF?

☐ No (Vaya a la Sección 2 - Información del Otro Padre/Padrastro P. 4) ☐ Sí (Complete la información que sigue)

TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno)

☐ Secundaria o GED ☐ Educación de Adultos o Inglés como segundo idioma
☐ Ocupacional / Vocacional ☐ Universidad 2 Años ☐ Pasantía
☐ Universidad 4 Años ☐ Experiencia de Trabajo (sólo TANF)

Título o licenciatura que obtendrá (diploma de escuela secundaria, certificado de oficio, universidad)

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó (diploma de secundaria/ GED, certificado de oficio, universidad)?

¿Tiene usted un título o licenciatura profesional o certificado?

☐ Sí ☐ No

Si es sí, qué tipo:

Nombre de Escuela / Programa de Capacitación

Número de Teléfono

Fecha Inicial Plazo

Fecha Termina Plazo

Dirección

Ciudad

Estado

Zona Postal

Tiempo que tarda desde el proveedor a la escuela:

¿Usa transportación pública?

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el siguiente horario

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Si alguna información de la página anterior ha cambiado o está incorrecta, por favor complete la siguiente sección con su información actual de la escuela / capacitación o entrenamiento.

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

INFORMACIÓN NUEVA O CORREGIDA DE LA ESCUELA / ENTRENAMIENTO / ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF

TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN QUE ASISTE AHORA: (Marque uno)		Título o licenciatura que obtendrá (diploma de escuela secundaria, certificado de oficio, universidad)	
☐ Secundaria o GED	☐ Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma		
☐ Ocupacional / Vocacional	☐ Universidad 2 Años ☐ Pasantía		
☐ Universidad 4 Años	☐ Experiencia de Trabajo (sólo TANF)		
¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó (diploma de secundaria / GED, certificado de oficio, universidad)?		¿Tiene usted un título o licenciatura profesional o certificado? ☐ Sí ☐ No	
		Si es sí, qué tipo: _____	
Nombre de Escuela / Programa de Capacitación		Número de Teléfono	Fecha Inicial Plazo
			Fecha Termina Plazo
Dirección		Ciudad	Estado
			Zona Postal

Tiempo que tarda desde el proveedor a la escuela: _____

¿Usa transportación pública? _____

HORARIO DE ESCUELA NUEVO O CORREGIDO: Si su horario cambia, provea un ejemplo de su horario

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA

¿Está el otro padre o padrastro / madrastra de alguno de sus hijos, hijastros o niños que está criando, viviendo en su hogar?

☐ NO (Vaya a la Sección 3 - Información de Familia P. 7) ☐ SI (Complete la información que sigue)

Por favor tenga en cuenta que: La información de datos de varias agencias y de sitios por internet se consideran.
Si la información no concuerda su elegibilidad puede tardarse.

Si el otro padre / padrastro / madrastra incluído en su caso para otros beneficios (TANF, SNAP (Estampillas de Comida), Asistencia Médica, Manutención de Niños, Desempleo), pero ya no vive con usted, puede ser que tenga que presentar documentación o información adicional para comprobar que vive en otro lugar. Si usted no puede proveer esta documentación, por favor comuníquese con su oficina local de CCR&R u oficina que administra al proveedor de cuidado de niños.

INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA

Nombre del Otro Padre / Tutor / Padrastro / Madrastra	Inicial	Apellido
Número de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Teléfono
¿Trabaja el otro padre o padrastro / madrastra ? ☐ Sí ☐ No		
¿Está el otro padre o padrastro / madrastra en la escuela, capacitación? ☐ sí ☐ No		
Si el otro padre o padrastro / madrastra no trabaja ni va la escuela / programa de capacitación, explique por qué no puede cuidar a los niños.		



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

		Nombre del Padre / Madre / Tutor:					
INFORMACIÓN DEL TRABAJO - Si el otro padre o padrastro tiene más de un trabajo, DEBE informarnos todo lo referente a sus trabajos aunque no necesite cuidado de niños para ese trabajo. Fotocopie esta página completa y complete una hoja separada de la información del trabajo y sección de horario del trabajo para cada trabajo que tenga.		¿Cuántos trabajos tiene ahora?					
Primer Trabajo: Nombre de la Compañía		Título de Empleo					
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal				
Número de Teléfono del Trabajo	Ext.	Fecha que empezó en este Trabajo:					
Le pagan (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año							
Frecuencia que le pagan (marque uno) ☐ cada día ☐ cada semana ☐ cada dos semanas ☐ dos veces al mes ☐ una vez por mes ☐ otro (por favor explique)		Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana	Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana				
Tiempo que tarda desde el proveedor al trabajo: _____		¿Usa transportación pública? ☐ Sí ☐ No					
HORARIO DE TRABAJO DEL OTRO PADRE: Si el horario cambia, provea ejemplo del horario.							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
Si el horario del otro padre/madre/padrastro(a) cambia, por favor explique cómo (puede enviar horarios adicionales):							

Si alguna información de la página anterior ha cambiado o está incorrecta, por favor complete la siguiente sección con la información actual del otro padre / tutor.

INFORMACIÓN NUEVA O CORREGIDA DEL OTRO PADRE / TUTOR / PADRASTRO / MADRASTRA			
Nuevo o Corregido Nombre del Empleador/Compañía del Otro Padre (Por favor incluya otra hoja, si necesita)			Nuevo o Corregido Título del Empleo
Nueva o Corregida Dirección		Nueva o Corregida Ciudad	Estado Zona Postal
Nuevo o Corregido Teléfono del Trabajo		Ext.	Fecha que empezó en este trabajo:
Salario (Información Nueva o Corregida) (complete uno) \$ _____ por hora \$ _____ por mes \$ _____ por año			

Frecuencia que le pagan (marque uno) ☐ cada día ☐ cada semana ☐ cada dos semanas ☐ dos veces al mes ☐ una vez por mes ☐ otro (por favor explique)		Número de horas que usualmente trabaja en este trabajo cada semana	Número de días que usualmente trabaja en este trabajo cada semana
Tiempo que tarda desde el proveedor al trabajo: _____		¿Usa transportación pública? ☐ Sí ☐ No	



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

HORARIO DE TRABAJO DEL OTRO PADRE: Si el horario cambia, provea ejemplo de otro horario.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

Si el horario del otro padre / madre / padrastro(a) cambia, por favor explique cómo (*puede enviar horarios adicionales*):

INFORMACIÓN DE ESCUELA / ENTRENAMIENTO / ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF DEL OTRO PADRE

¿Va el otro padre / tutor / padrastro a la escuela, entrenamiento o capacitación o a una Actividad Requerida por TANF?

☐ NO (*Vaya a la Sección 3 - Información de la Familia*) ☐ Sí (*Complete la información que sigue*)

TIPO DE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN AL QUE ACTUALMENTE ASISTE: (Marque uno)

- ☐ Secundaria o GED ☐ Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma
☐ Ocupacional / Vocacional ☐ Universidad 2 Años ☐ Pasantía
☐ Universidad 4 Años ☐ Experiencia de Trabajo (sólo TANF)

Título o licenciatura que obtendrá
(diploma de escuela secundaria, certificado de oficio, universidad)

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó el otro padre (diploma de secundaria/GED, certificado de un oficio, 4 años univ.?)

¿Tiene un título o licenciatura profesional o certificado? ☐ Sí ☐ No
Si es sí, que tipo: _____

Nombre del Programa de Entrenamiento / Escuela que asiste

Número de Teléfono

Fecha Inicial Plazo

Fecha Termina Plazo

Dirección

Ciudad

Estado

Zona Postale

Tiempo que tarda desde el proveedor a la escuela: _____

¿Usa transportación pública? ☐ Sí ☐ No

HORARIO DE ESCUELA DEL OTRO PADRE: Por favor complete el siguiente horario

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

NUEVA O CORREGIDA INFORMACIÓN DE ESCUELA / ENTRENAMIENTO / ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF DEL OTRO PADRE

*Si alguna información de la página anterior ha cambiado o está incorrecta,
por favor complete la siguiente sección con la información actual de la escuela / entrenamiento.*

TIPO DE EDUCACIÓN / ENTRENAMIENTO AL QUE ACTUALMENTE ASISTE: (Marque uno)

- ☐ Secundaria o GED ☐ Educación de Adultos o Inglés como segun. idioma
☐ Ocupacional / Vocacional ☐ Universidad 2 Años ☐ Pasantía
☐ Universidad 4 Años ☐ Experiencia de Trabajo (sólo TANF)

Título o licenciatura que obtendrá (diploma de escuela secundaria, certificado de oficio, universidad)

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó el otro padre (diploma de secundaria / GED, certificado de un oficio, 4 años univ.?)

¿Tiene el otro padre un título o licenciatura profesional o certificado? ☐ Sí ☐ No
Si es sí, que tipo: _____



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

INFORMACIÓN NUEVA O CORREGIDA DE ESCUELA / ENTRENAMIENTO / ACTIVIDAD DE TANF DEL OTRO PADRE				Nombre del Padre / Madre / Tutor:			
Nombre del Programa de Entrenamiento / Escuela que asiste ahora		Número de Teléfono		Fecha Inicial Plazo		Fecha Termina Plazo	
Dirección		Ciudad		Estado		Zona Postal	
Tiempo que tarda desde el proveedor a la escuela: _____ ¿Usa transportación pública? ☐ Sí ☐ No							
HORARIO DE ESCUELA: Por favor complete el siguiente horario							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA							
El tamaño de la familia incluye a las siguientes personas que VIVEN EN SU HOGAR: * USTED. * Sus niños biológicos o adoptados menores de 21 años de edad. * Cualquier persona relacionada a usted por sangre o por ley para la cual usted provee más del 50% de su sustento (si usted elige incluirlos y puede verificar sus ingresos) - por ejemplo un padre anciano o persona discapacitada.							
El tamaño de mi familia es: _____				Por favor trace una línea en la siguiente información que ya no es correcta. Escriba la nueva información.			
Necesito asistencia para cuidado de niños o guardería para los siguientes niños							
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NAC.	M/F	ORIGEN ÉTNICO*	CIUDADANO DE LOS EE.UU. SÍ / NO**	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	POTESTAD DEL ESTADO
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
*Origen Étnico para cada niño, anote el numero que aplica: (Se requiere para Informes al Gobierno Federal) 1 - Blanco 2 - Negro o Afro Americano 3 - Hispano o Latino (Personas que declaran étnia hispana también deben indicar su raza, por ejemplo, "3-1", "3-2", "3-5") 4 - Asiático 5 - Indio Americano o Nativo de Alaska 6 - Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico.							
**Si alguno de los niños no son ciudadanos, provea comprobante de su registro de extranjería, si lo tiene							
Indique todos los otros miembros de la familia contados en su tamaño de familia (que no han sido incluidos en la Redeterminación)							
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NAC.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)			



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

SECCIÓN 4 - ARREGLO PARA CUIDADO DE NIÑOS			Nombre del Padre / Madre / Tutor:						
Si alguna información a continuación ha cambiado, por favor trace una línea en la información incorrecta y escriba CLARAMENTE la información correcta. Use una hoja de papel adicional o escríbalo al final de esta hoja, si es necesario. INDIQUE LOS NIÑOS QUE SERÁN CUIDADOS POR CADA PROVEEDOR. Si sus niños van a la escuela, pre-k, o Head Start durante el día, anote solamente las horas que están con el proveedor de cuidado de niños. (Este no es un Formulario de Cambio Proveedor).									
1) Nombre del Proveedor:									
Nombre del Niño	Edad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Parentesco con el cliente:		DE ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
		A ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____ ¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____									
Nombre del Niño	Edad	LUNES	MARTES	MIERC.	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Parentesco con el cliente:		DE ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
		A ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____ ¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____									
Nombre del Niño	Edad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Parentesco con el cliente:		DE ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
		A ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____ ¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____									
Nombre del Niño	Edad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Parentesco con el cliente:		DE ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
		A ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____ ¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____									
Nombre del Niño	Edad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Parentesco con el cliente:		DE ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
		A ☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	
¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____ ¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____									



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

2) Nombre del Proveedor:

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____

¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____

¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____

¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____

¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____

¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

3) Nombre del Proveedor:

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____
¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____
¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____
¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____
¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Parentesco con el cliente:		DE	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM
		A	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM

¿Va a la escuela el niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Todo el año ¿Horas que niño va a la escuela? _____
¿Varía el horario de cuidado de niños? ☐ Sí ☐ No Si es sí, por favor explique: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS MENSUALES

En el encasillado que corresponde escriba el ingreso MENSUAL promedio suyo y de cada miembro que ha contado en el tamaño de su familia. Se tomará en consideración la base de datos de varias agencias y de sitios por Internet cuando se determina la elegibilidad. Si el tipo de Ingreso Mensual no aplica, escriba N/A.

Tipo de Ingresos Mensual	Solicitante (USTED)	Otros Miembros de la Familia
1. Los Ingresos de empleo para ambos padres y todos los miembros de familia de 19 años y mayores (incluya propinas de talones de cheques, sin descontar deducciones). Incluya copias de 2 talones de cheques más recientes y consecutivos para cada persona. Si usted (o un miembro de familia) trabaja por su cuenta o tiene negocio propio, complete #2.	\$	\$
2. Ingresos de Negocio Propio o trabajos por su cuenta de usted o de miembros de su familia mayor de 19 años de edad. Adjunte comprobantes tal como, declaración de impuesto federal más reciente (IRS 1040 y anexos), o copia del cálculo trimestral de impuestos, o una lista de todos los ingresos y gastos del negocio de los últimos 30 días. Esto puede ser hecho en su propio formulario o el formulario para Negocio Propio que puede ser descargado en: http://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27897/documents/Forms/IL444-2790.pdf o pedido a su agencia local de CCR&R, envíe recibos y otros documentos.	\$ \$	\$ \$
3. Manutención de Niños que reciben todos los miembros de la Familia	\$	\$
4. Asistencia Económica TANF que reciben todos los miembros de la familia	\$	\$
5. Otros Ingresos del Gobierno Federal: por ejemplo, pagos del Seguro Social para TODOS los miembros de la familia y beneficios de ferrocarril.	\$	\$
6. Otros Ingresos Mensuales que reciben todos los miembros de la familia; por ejemplo - compensación del desempleo, pagos mensuales continuos de asistencia del DCFS, pagos por discapacidad permanente (SSI), interés de ingresos, regalías, pensiones, anualidades, pensión de veteranos, beneficios de sobrevivientes, y parte de gastos de vivienda de beca educacional.	\$	\$
SUBTOTAL (sume las líneas 1-6)	\$	\$
RESTE MANUTENCION DE NIÑOS Pagado por usted u otros miembros de la familia	- \$	- \$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	\$	\$
Si usted recibe Asistencia Económica para Vivienda, incluyendo vales con un valor específico de dinero, por favor escriba la cantidad aquí. Esto se requiere solo para informe Federal, y NO CUENTA EN EL TOTAL DE INGRESOS DE LA FAMILIA.		\$



REDETERMINACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 6 - CERTIFICACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Entiendo que soy responsable de pagar una parte de mis Costos por el cuidado de niños (cuotas de los padres) al proveedor del cuidado de niños y no hacerlo puede resultar en la pérdida de mi proveedor de cuidado de niños.
- * Entiendo que mi elegibilidad será determinada nuevamente cada seis (6) meses o cuando sea necesario.
- * El/los niño(s) tiene(n) las vacunas actualizadas y la verificación se encuentra archivada con proveedor de cuidado de niños.
- * Se ha completado una revisión de cada local / hogar y estoy de acuerdo que es un ambiente seguro.
- * He dado una notificación por escrito a cada proveedor de cuidado de niños si quiero que otra persona además de mí recoja al / los niño(s).
- * Se ha entregado a cada proveedor de cuidado de niños un número telefónico de emergencia y consentimiento escrito para la atención médica y para dar medicinas recetadas.
- * El nombre del médico de familia está en el archivo de cada proveedor de cuidado de niños.
- * Soy responsable de la selección de proveedores de cuidado de niños para mi(s) niño(s).
- * Informaré sobre cualquier cambio en cuidado de niños, empleo o tamaño de familia, dentro de 10 días. No reportar cambios a tiempo puede dar lugar a exceso de pagos que tendré que pagar y/o pérdida de beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que debo estar trabajando o asistiendo a un programa de educación o actividad aprobado por IDHS u otra actividad relacionada a trabajo y ser elegible para beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que la información provista será revisada con el Estado y otras bases de datos, y si se detectan inconsistencias, el proceso de mi solicitud puede ser retrasado o negado.
- * Entiendo que proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio o retener información del número de Seguro Social con el fin de defraudar al Estado de Illinois, causará que se me procese con la mayor peso de la ley.
- * La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y puede ser necesario verificar la información que he proporcionado.
- * Entiendo que tengo el derecho de apelar y tener una audiencia imparcial de una queja.
- * Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que proporciono es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa o no proporcionar la información correcta también puede causar exceso de pagos que tendré que pagar y puede resultar en un juicio por fraude.

Con mi firma doy mi consentimiento y autorización para que la información sea entregada al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el cuidado de niños.

Firma del Padre / Madre Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Otro Padre / Madre / Tutor: _____

Fecha: _____