

# IDAHO CHILD CARE PROGRAM (ICCP)



Estimado Cliente,

Para poder procesar su solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil de una manera eficiente y oportuna, vamos a necesitar ciertos artículos. También hemos incluido unas preguntas frecuentes para ayudarle a determinar si califica para asistencia de cuidado infantil.

## Preguntas Más Frecuentes:

**P: ¿Cómo puedo aplicar?**

R: Completo y entregue la solicitud de tres páginas de Asistencia para el Cuidado Infantil. Verificaciones (listados abajo) también necesitan ser entregados para poder abrir su caso y para que el programa de ICCP pueda pagarle a su proveedor.

**P: ¿Necesito que escoger un proveedor antes de aplicar para la ayuda de Cuidado Infantil?**

R: No. Una vez que sea aprobado, puede escoger un proveedor de ICCP y después entregar la forma de Cargos Mensuales por Cuidado de Dependientes. Usted y su proveedor necesitan que firmar y entregar la forma. Puede encontrar una copia de la forma en línea <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

**P: ¿Paga ICCP todo el costo de cuidado de niños?**

R: No. ICCP paga un porcentaje de los costos de cuidado de niños. Es una calculación basada en el tamaño de su familia, los ingresos de su familia, y el número de horas que participan en una actividad calificada. Los pagos se realizan directamente a los proveedores.

**P: ¿No estoy trabajando ahora, pero estoy en busca de trabajo, voy a ser elegible para asistencia de cuidado infantil para mis hijos?**

R: No. Para ser elegible para ayuda de cuidado infantil, es necesario que este participando en una actividad calificada.

**P: ¿Qué es una actividad calificada?**

R: Empleo, asistiendo escuela de posgrado, participación de TAFI, y en algunos casos, servicios ordenados por la corte.

**P: ¿Puedo solicitar la ayuda de cuidado infantil estando embarazada, para que cuando nazca el bebé que ya tenga los servicios listos?**

R: No. Para ser elegible para cuidado de niños, debe tener un niño que necesita cuidado de niños en el momento en que aplique.

**P: ¿Puedo tener a la persona que yo quiera ser mi proveedor?**

R: No. El proveedor debe ser aprobado por IdahoSTARS. Si su proveedor elegido no es todavía un proveedor de ICCP elegible, su proveedor tiene que ponerse en contacto con el 2-1-1 para inscribirse.

Verificaciones necesarias para que sus caso este completo y pagando	Ejemplos de Verificaciones
Ingresos (últimos 30 días)	Talones de cheques (últimos 30 días) Verificación del empleador verificando sus ingresos Documentos de empleo por cuenta propia, tales como declaraciones de impuestos o forma de DHW declarando auto empleo Ingresos de manutención de menores (si no se paga a través del estado)
Gastos de manutención de niños que hayan sido retenido de sus ingresos	Declaración escrita por la persona que reciba el pago Talones de cheque (últimos 30 días) que demuestren el pago retenido (si no se paga a través de Idaho) para los niños que no están en casa
Costos de cuidado de niños a causa del trabajo, TAFI, y la participación o asistencia a la escuela	Complete la forma de Cargos Mensuales por Cuidado de Dependientes
Actividades calificadas	Horario de escuela y talones de cheques de los últimos 30 días



## SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADOS INFANTILES

**AVISO IMPORTANTE:** Si necesita ayuda con cualquiera de lo siguiente, por favor pídale. Estos servicios son gratis:

- Un intérprete (Nosotros proveemos los servicios de un interprete, sin costo alguno.) Marque 2-1-1 or 1-800-926-2588 or TDD 208-332-7205.
- Ayuda llenando este formulario.
- Ayuda para una discapacidad.

**INSTRUCCIONES:** Lea todas las preguntas e instrucciones con cuidado. Las instrucciones incluyen consejos para ayudarlo a llenar la solicitud con rapidez y facilidad. Lea el reverso de cada página para más información. Si necesita proveer más información y no tiene espacio, por favor adjunte páginas adicionales.

¿Qué idioma prefiere? Hablado \_\_\_\_\_ Escrito \_\_\_\_\_

¿Usted necesita a intérprete si usted tiene una entrevista? Uno estará disponible en ningún costo para usted.  No  Sí

### Díganos Quién es Usted

Complete la tabla a continuación con su información. Debe incluir el número de Seguro Social y situación migratoria de los que solicitan los servicios. Use la clave de código al reverso de esta página para indicar su estado civil y raza. Sus respuestas en los cuadros Raza e Hispano/latino son opcionales.

1 Su Primer Nombre		Inicial	Apellido		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Nombres anteriores, si los hay		
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal		Condado		
Dirección para el Correo (si es diferente)		Ciudad		Estado	Código Postal		Condado		
Número de Teléfono durante el día (de trabajo, casa, o celular)				Si no tiene, ¿en dónde se puede dejar mensaje? Teléfono		Correo Electrónico			
¿Vacunas al corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Raza	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero	Estado en el que nació	País en el que nació	

Anote todas las otras personas que viven en su hogar. Incluso si una persona NO quiere asistencia, anótelos en la lista.

2 Nombre: (Primer)		(Medio)	(Apellido)		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Parentesco		
¿Vacunas al corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Raza	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero	Estado en el que nació	País en el que nació	

3 Nombre: (Primer)		(Medio)	(Apellido)		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Parentesco		
¿Vacunas al corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Raza	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero	Estado en el que nació	País en el que nació	

4 Nombre: (Primer)		(Medio)	(Apellido)		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Parentesco		
¿Vacunas al corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Raza	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero	Estado en el que nació	País en el que nació	

5 Nombre: (Primer)		(Medio)	(Apellido)		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Parentesco		
¿Vacunas al corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Raza	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero	Estado en el que nació	País en el que nació	

**LA ASISTENCIA CON EL CUIDADO DE LOS NIÑOS** es provista por el Programa para el Cuidado de los Niños de Idaho (ICCP por sus siglas en inglés) para ayudar a padres de familia y cuidadores a pagar parte del gasto del cuidado de los niños mientras ellos trabajan, van a la escuela, a un entrenamiento o buscan trabajo.

**PARA SOLICITAR** la Asistencia para Cuidados Infantiles, llene y firme una solicitud y entréguela en el Departamento

REGION IV MSC4355  
 SELF RELIANCE  
 IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH AND WELFARE  
 PO BOX 83720  
 BOISE ID 83707-9815

Correo Electrónico: ICCPUnit@dhw.idaho.gov

**Usted tal vez tenga que proveer los siguientes comprobantes:**

- De ingresos o de cualquier dinero que entra a su casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- El gasto del cuidado de los niños.
- Los registros de vacunas para los niños que todavía no van a la escuela. (Si no los vacuna por razones médicas o religiosas, por favor provea una declaración por escrito explicando su razón.)
- El nombre del proveedor del cuidado de los niños.
- El horario escolar actual (si van a la escuela) de los padres/ cuidadores — esto debe incluir los días y las horas de clases.
- El dinero pagado para el sostenimiento de un niño que no vive con usted. La cantidad del beneficio para el cuidado del niño tal vez aumente si usted provee este comprobante.

**Para recibir Asistencia para Cuidados Infantiles, debe cumplir con los siguientes requisitos del programa:**

- Si ambos padres están bajo el mismo techo, cada uno debe trabajar, asistir a la escuela o capacitación o participar con el contratista de Enhanced Work Services del Departamento a fin de que se apruebe la Asistencia para Cuidados Infantiles para la familia.
- Usted debe trabajar, asistir a la escuela/capacitación o participar con el contratista de Enhanced Work Services del Departamento a fin de que reciba la Asistencia para Cuidados Infantiles.
- ICCP sólo cubre una parte de sus costos de cuidados infantiles mientras usted trabaje, asista a la escuela o capacitación o participe en Enhanced Work Services. Debe pagar el costo restante que no cubre el programa de Cuidados Infantiles. ICCP jamás le pagará el 100% de los costos de cuidados infantiles.
- ICCP cubrirá parte de los costos de cuidados infantiles sólo si dichos servicios los proporciona un prestador de cuidados infantiles registrado de ICCP.

**Si usted recibe asistencia de Cuidado Infantil, usted debe reportar cambios tales como:**

- Cuando las horas de trabajo o educación cambian de tiempo parcial (24 horas por semana o menos) a tiempo completo (25 horas por semana o mas).
- Cuando las horas de trabajo o educación cambian de tiempo completo (25 horas por semana o mas) a tiempo parcial (24 horas por semana o menos).
- Cuando han dejado de participar en actividades de trabajo o educación.
- Cuando cambia de proveedores de Cuidado Infantil o deja de usar los servicios de Cuidado Infantil.
- Cuando cambia de dirección.
- Cuando sus ingresos exceden el limite de ingresos brutos para el tamaño del hogar (para ver los limites de ingresos visite el sitio [www.benefitprograms.dhw.idaho.gov](http://www.benefitprograms.dhw.idaho.gov)).

Si tiene alguna duda sobre cómo solicitar la Asistencia para Cuidados Infantiles, llame al 1-866-343-2027 o correo electrónico ICCPUnit@dhw.idaho.gov. Para información sobre cómo un prestador de cuidados infantiles puede registrarse ante ICCP, marque a la línea de cuidados Idaho CareLine 2-1-1 o llame al 1-800-926-2588.

**Ejemplo de cómo completar la página I**

Nombre: (Primer) <i>Jon</i> (Medio) <i>Nathan</i> (Apellido) <i>Doe</i>			Fecha de Nacimiento: <i>01-02-2010</i>		# de Seguro Social: <i>012-34-5678</i>		Parentesco: <i>Niño</i>	
¿Vacunas al corriente? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <i>NM</i>	Raza: <i>WH</i>	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano estadounidense? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# de la Tarjeta de Extranjero:	Estado en el que nació <i>Kansas</i>	País en el que nació <i>US</i>

**Códigos de Estado Civil:**

Casado - MA  
 Soltero - NM  
 Divorciado - DI  
 Separado - SE  
 Viudo - WI

**Códigos de Raza:**

Blanco - WH  
 Negro - BL  
 Asiático - AS  
 Nativocaermeicano/nativo de Alaska - AL  
 Nativo de Hawai/Islands del Pacifico - HP

## Díganos Quién es Usted (continuado)

Anote los nombres de ambos padres de cada niño/a escritos en la página anterior. Si usted es uno de los padres, escriba "mismo."

NOMBRE DEL NIÑO/A	NOMBRE DEL PRIMER PADRE	NOMBRE DEL SEGUNDO PADRE

¿Tiene estudiantes en su casa? Anote a todos los miembros de la casa de 16 años de edad o mayores que son estudiantes o planean ir a la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	A QUÉ ESCUELA VA	HORAS POR SEMANA	FECHA ESTIMADA DE GRADUACIÓN	DETALLES SOBRE EDUCACIÓN SECUNDARIA <small>Complete si usted es un estudiante atendiendo una institución secundaria como un colegio o escuela vocacional.</small>
				Tipo de Inscripción: <input type="checkbox"/> De licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado Semestre que usted atenderá: (escoja todos que apliquen) <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Primavera <input type="checkbox"/> Verano ¿Todas estas clases son completadas en línea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				Tipo de Inscripción: <input type="checkbox"/> De licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado Semestre que usted atenderá: (escoja todos que apliquen) <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Primavera <input type="checkbox"/> Verano ¿Todas estas clases son completadas en línea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				Tipo de Inscripción: <input type="checkbox"/> De licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado Semestre que usted atenderá: (escoja todos que apliquen) <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Primavera <input type="checkbox"/> Verano ¿Todas estas clases son completadas en línea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Díganos sobre los Ingresos de su Hogar

\* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Por favor anote todo el dinero recibido o que espera recibir por todos los miembros del hogar. Incluya todo ingreso de salario, Seguro Social, Sostenimiento de los Niños, desempleo, propinas, regalos o préstamos en efectivo, etc.

TIPO DE DINERO RECIBIDO	QUIEN GANÓ/ RECIBIÓ EL DINERO	NOMBRE DEL EMPLEADOR ACTUAL O FUTURO	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	CADA CUÁNTO LE PAGAN	\$ POR HORA	HORAS POR SEMANA	CANTIDAD MENSUAL TOTAL
				<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			
				<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			
				<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 2 veces al mes			

¿Hay alguien en la casa que tiene su propio negocio?  No  Sí ¿Quién? \_\_\_\_\_

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_ Años en el negocio: \_\_\_\_\_ Horas per semana: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LA PERSONA QUE PAGA EL SOSTENIMIENTO PARA NIÑOS	CANTIDAD PAGADA AL MES	ÚLTIMA FECHA DE PAGO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL PAGO

## **¿TENGO QUE SER CIUDADANO?**

De acuerdo a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, si usted **NO** tiene una tarjeta de residente, los miembros de su familia que son elegibles pueden usar los beneficios que no son monetarios, incluyendo Medicaid, los Cupones de Alimentos, WIC, asistencia con la vivienda, beneficios de electricidad, entrenamiento para un trabajo, para el cuidado de los niños, ayuda en casos de desastre, asistencia con la salud pública, etc., sin lastimar sus oportunidades de obtener una tarjeta de residente, de hacerse ciudadano estadounidense, o de patrocinar a parientes en el futuro..

## **¿TENGO QUE DIVULGAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS) Y ESTADO DE CIUDADANÍA?**

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden optar no solicitar los servicios de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que proveer un NSS ni su estado de ciudadanía o de inmigración. Los beneficios para los solicitantes no serán atrasados ni negados a causa de que algunos miembros de la familia no solicitan servicios.

Alguien que solicita servicios, excepto para el cuidado de los niños, debe tener un NSS o debe solicitar uno. Si usted sólo quiere Medicaid de Emergencia o es la víctima de violencia doméstica, tal vez no tenga que proveer un NSS ni su estado de inmigración. Usted sólo nos tiene que dar el estado de ciudadanía o inmigración de las personas que quieren ayuda, excepto si está solicitando ayuda con el cuidado de los niños.

Nosotros podemos ayudarle a solicitar un NSS y los beneficios no serán negados ni atrasados mientras que se procesa la solicitud. Nosotros necesitamos un NSS para ayudarle a establecer la paternidad, para obtener Sostenimiento para los Niños y cambiar o reforzar las órdenes para el Sostenimiento de los Niños, incluyendo para el seguro médico de un niño. Los NSS no serán dados a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

## **¿EXISTE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD PARA LOS SOLICITANTES?**

De acuerdo a la ley federal y a la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar tiene prohibido discriminar a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja, contacte al HHS:

U.S. Department of Health & Human Services  
Room 506 F, 200 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20201  
ocrcomplain@hhs.gov  
(202) 619.0403 (Voz)  
(202) 619.3257 (TTY)

HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidad.

# Derechos y Responsabilidades

---

## AL ANOTAR MIS INICIALES EN LAS SIGUIENTES PROVISIONES, ENTIENDO QUE . . .

\_\_\_\_\_ Podría ser sancionado y requerido que regrese los beneficios que reciba si la información sobre mi persona no es fidedigna. Las sanciones pueden ser medidas administrativas, civiles o penales en mi contra, incluso ser procesado.

\_\_\_\_\_ Autorizo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que recopile, utilice y divulgue la información sobre mi persona. Entiendo que la información es necesaria para fines de proporcionar los beneficios o servicios, obtener el pago por los beneficios o servicios que reciba y para operaciones comerciales normales del Departamento.

\_\_\_\_\_ Tengo el derecho de anular, por escrito, este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida que el Departamento ya haya utilizado y divulgado la información sobre mi persona en virtud de este consentimiento. Si anulo este consentimiento, es posible que el Departamento no me proporcione más beneficios o servicios.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me informará del derecho a apelar las decisiones del Departamento y que puedo ponerme en contacto con el Departamento respecto a la información sobre el proceso de apelación.

\_\_\_\_\_ Mi firma al calce indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

\_\_\_\_\_ Mi firma al calce certifica que la ciudadanía / situación migratoria marcada en la página 1 de cada persona solicitante es la correcta.

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que proveo es verdadera y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha