

FORMATO DE RE-EVALUACIÓN PARA IDAHO CHILD CARE



Utilice este formato para completar una re-evaluación de elegibilidad para la asistencia del Programa de Cuidados para Niños de Idaho (*Idaho Child Care Program— ICCP*). Si tiene en su casa hijos temporales que a la fecha reciben asistencia de ICCP, y que deben re-evaluarse, le pedimos que se ponga en contacto con su trabajadora social de bienestar infantil para que le oriente.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA TODAS LAS PERSONAS QUE INTEGRAN SU HOGAR

Proporcione la información de contacto de la persona primaria en el caso (la persona a quien se envía el correo).

Nombre	Teléfono		Tipo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Si usted no tiene teléfono, por favor proporcione un nombre e información de contacto de la persona que pueda tomarle el mensaje.

Nombre	Teléfono	Correo electrónico
--------	----------	--------------------

Anote a todas las personas que viven en su casa. De ser necesario, utilice otras hojas de papel.

Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación	¿Ciudadano de EU?	Número de Seguro Social o Identificación de Inmigración
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Tiene estudiantes en su casa? Sí No

Mencione a todas las personas que viven en su casa que tienen 16 años o más y que asisten o planean asistir a la escuela.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	Horas por semana	Fecha prevista de graduación

Las inmunizaciones de su(s) hijo(s) deben estar actualizadas. ¿Están actualizadas? Sí No

Mencione a los niños cuyas inmunizaciones no están actualizadas.

Nombre	Fecha de nacimiento

SECCIÓN 2: INGRESO DEL HOGAR

Mencione todo el ingreso que se recibe en su hogar. Queremos saber de los últimos 30 días, así como dinero que reciba por trimestre o año. El ingreso es el dinero ganado (salarios o sueltos) de un trabajo o empleo independiente, u otras fuentes como beneficios de desempleo, u otras fuentes como beneficios de desempleo, Seguro Social, Ingreso por Seguro Complementario (SSI), manutención infantil, propinas, ayuda financiera a estudiantes, asuntos de veteranos (VA), regalos en efectivo, préstamos, pensiones o fideicomisos, retiro de ferrocarriles, arrendamiento, fondos para el retiro, etc.

Marque este cuadro si no hay ingresos en su casa. Anexe una declaración por escrito explicando la forma cómo cubrir los gastos.

Nombre de la persona con ingreso		Fuente del ingreso/nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Frecuencia del pago	Horas por semana	Tarifa de pago por hora	Ingreso mensual, antes de is	Fecha de inicio	¿Espera cambios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona con ingreso		Fuente del ingreso/nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Frecuencia del pago	Horas por semana	Tarifa de pago por hora	Ingreso mensual, antes de is	Fecha de inicio	¿Espera cambios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona con ingreso		Fuente del ingreso/nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Frecuencia del pago	Horas por semana	Tarifa de pago por hora	Ingreso mensual, antes de is	Fecha de inicio	¿Espera cambios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona con ingreso		Fuente del ingreso/nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Frecuencia del pago	Horas por semana	Tarifa de pago por hora	Ingreso mensual, antes de is	Fecha de inicio	¿Espera cambios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguien en su casa trabaja independiente? Sí No De ser sí, indique quién y cuántas horas trabaja.

Los ejemplos de empleados independientes incluyen contratistas independientes, niñeras, proveedores de guardería, propietarios en casa, o personas que reciben ingresos por arrendamiento. Las operaciones de empleo independiente incluyen Cuerpos S, sociedades y compañías de responsabilidad limitada.

Nombre	Horas por semana

Anexe copia del ingreso

Envíenos copia de todos sus ingresos. Los ejemplos de pruebas aceptables incluyen copias de:

- Comprobantes de salario de los últimos 30 días
- Formato de verificación laboral
- Declaración de ingreso de manutención infantil
- Contratos
- Formato de terminación de empleo
- Devolución de impuestos (personal y comercial para empleo independiente)
- Cartas de adjudicación
- Pagos por pensiones, anualidades o arrendamiento

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA RE-EVALUACIÓN

Utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse que completó todas las partes necesarias del proceso de re-evaluación. **Si no completa todos estos pasos se pueden retrasar o cancelar sus beneficios.** Si el Departamento necesita más información, recibirá un aviso por correo.

Asegúrese de:

- Revisar toda la información y contestar todas las preguntas en el formato.
- Proporcionar la comprobación de todos los ingresos mencionados en el formato.
- Proporcionar un formato completo y firmado de los Cargos mensuales de cuidados a dependientes si hubo cambios en su proveedor o los cargos.
- Proporcionar una copia de su horario de clases si asiste a la escuela.
- Leer y anotar sus iniciales en la sección de Derechos y Responsabilidades a continuación.
- Firmar y anotar la fecha abajo en el formato.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Entiendo que:

_____ Se me podría sancionar y requerir que regrese los beneficios que recibo si mi información no es verídica. Las sanciones puedenser administrativas, civiles o criminales contra mi persona, incluyendo una acusación.

_____ Acepto que el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho recopile, utilice y divulgue la información sobre mi persona. Entiendo que la información se necesita con el objetivo de que se me proporcionen beneficios o servicios, obtener el pago por mis beneficios o servicios, y para operaciones comerciales normales del Departamento.

_____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto en la medida en que el Departamento ya haya utilizado y divulgado mi información dependiendo de este consentimiento. Si revoco este consentimiento, es probable que el Departamento ya no me proporcione más beneficios o servicios.

_____ Se me informará de mi derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo ponerme en contacto con el Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.

_____ Con mi firma certifico que el estatus de ciudadanía/migratorio marcado en la Sección 1 es correcta para cada persona que solicita la asistencia de cuidados infantiles.

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades que se mencionan en esta página.

Firma: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Si tiene previsto para una reevaluación para cuidado infantil ahora, devuelva este formulario antes del día 15 del mes con el fin de continuar recibiendo ayuda para cuidado infantil. Visite a su oficina local o utilice la siguiente información de contacto para entregar sus documentos para reevaluación o en caso de que tenga dudas:

Correo: Self-Reliance Programs
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0026

Fax: 1-866-434-8278
Correo electrónico: iccpunit@dhw.idaho.gov
Teléfono: 1-877-456-1233