



Solicitud para el Piloto de CCAP para Cuidado Infantil

CCAP del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island para el Programa Piloto de Cuidado Infantil

Gracias por su interés en el programa piloto CCAP for Child Care. Este programa piloto brinda beneficios de CCAP para los educadores y el personal de la primera infancia elegibles en los programas de cuidado infantil autorizados por el DHS.

Si tiene preguntas o necesita apoyo para completar esta solicitud, por favor contacte a:

- Correo Electrónico: CCAPforChildCare@pcgus.com
- Línea Telefónica Gratuita (Abierta Lunes-Viernes 9:30am-6pm): 833-930-3540

Esta solicitud se describe en 6 secciones y puede requerir documentación adjunta (por ejemplo, PDF o Jpeg) para determinar su elegibilidad. La siguiente tabla describe las secciones de la solicitud y los requisitos de documentación:

Sección	Criterios de elegibilidad	Documentos para adjuntar
Sección 1: Solicitud e información del hogar	• El tamaño de su hogar, que se utilizará para verificar los niveles de ingresos • Usted es residente de RI	No hay documentos para adjuntar
Sección 2: Información del niño	• Usted es el 'padre' del niño que recibirá los beneficios. • La edad del niño es entre 6 semanas y 13 años. • El niño es residente de RI y vive principalmente con usted. • El niño solicitante es ciudadano estadounidense o inmigrante calificado.	Opción 1: Adjunte una copia de uno de los siguientes documentos por cada niño: • Acta de nacimiento • Acta/certificado de bautismo • Registro hospitalario o de salud pública de nacimiento y filiación Opción 2: Esté preparado para adjuntar copias de una combinación de los siguientes documentos para establecer su

		relación con cada niño y su estatus de ciudadanía/inmigración: • Documentos o registros de adopción • Manutención de niños, registros de paternidad, BIA o registros tribales • Documentos de divorcio/custodia • Registros judiciales de paternidad/tutela • Otra documentación relacionada con el estado migratorio del niño • El pasaporte estadounidense del niño
Sección 3: Ingresos del hogar	• Los ingresos de su hogar son menos del 300 % del nivel federal de pobreza para el tamaño de su hogar	En un hogar monoparental: • Un mes de las declaraciones de ingresos o talones de pago más recientes del programa de cuidado infantil con licencia donde trabaja. En un hogar de 2 padres: • Un mes de las declaraciones de ingresos o talones de pago más recientes del programa de cuidado infantil con licencia donde trabaja. • El segundo padre también deberá cargar un mes de sus declaraciones de ingresos/recibos de pago más recientes si está empleado.
Sección 4: Empleo de personal y educadores tempranos	• Es un empleado actual de un programa con licencia del DHS y trabaja un promedio de 20 horas a la semana.	Sin documentos para adjuntar
Sección 5: Certificaciones y firma	• Su comprensión de los requisitos para participar en el programa piloto	Sin documentos para adjuntar

Notas: *Para este programa, 'padre' puede significar: padre biológico, padre por matrimonio, padre por adopción, tutor legal o persona in loco parentis.

*Los inmigrantes calificados son: (1) Residentes permanentes legales (LPR); (2) Refugiados, asilados, personas a las que se les otorgó la retención de deportación/remoción, entrada condicional (vigente antes del 1 de abril de 1980) o en libertad condicional en los EE. UU. durante al menos un (1) año; (3) participantes cubanos/haitianos; (4) Cónyuges e hijos maltratados, cuya necesidad de beneficios tiene una conexión sustancial con el maltrato o la crueldad (los padres/hijos de dicho niño/cónyuge maltratados también están "calificados"), con uno (1) de los siguientes: (AA) Una autopetición pendiente o aprobada para una visa de inmigrante; (BB) Una visa de inmigrante presentada para un cónyuge o hijo por un ciudadano estadounidense o LPR; o (CC) Una solicitud de cancelación de remoción/suspensión de deportación. (5) Víctimas de la trata y sus beneficiarios derivados que hayan obtenido una visa T o cuya solicitud de visa T establezca un caso prima facie."

Información del aplicante

Esta sección recopila información básica sobre usted como solicitante y los miembros de su hogar. Asegúrese de que su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico sean correctos, ya que esta será la forma principal en que recibirá información sobre su estado de elegibilidad y actualizaciones.

Nombre *

Apellido *

Número de teléfono *

Favor ingrese un número de teléfono válido.

Correo electrónico *

¿Actualmente recibe beneficios de CCAP? *

☐ Sí ☐ No

Si conoce el número de certificado, ingrese. Si no conoce su número, déjelo en blanco.

Dirección *

Dirección de la calle Línea 2

Ciudad *

Estado/Provincia *

Código Postal *

¿Su lugar de residencia principal se encuentra en Rhode Island? *

☐ Sí ☐ No

Ingrese su Número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal Individual. *

Revise este número para verificar su precisión antes de continuar.

Nota: ¿Por qué le pedimos su Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)?

Muchas agencias usan este número para identificar de manera única a las personas que solicitan beneficios. Toda la información proporcionada en esta solicitud se mantendrá y almacenará de forma segura y se utilizará solo para los fines de este programa. Para este programa piloto, solo se permite una presentación para cada SSN o ITIN único.

Información demográfica

La siguiente información demográfica es solo para fines informativos y no influirá en su elegibilidad para participar en este programa piloto.

Seleccione la(s) raza(s) con las que más se identifica. *

- ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder
- ☐ Otro

Seleccione la etnia con la que más se identifica *

☐ Hispano or latino ☐ No hispano ☐ Prefiero no responder

Seleccione el género con el que más se identifica. *

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Prefiero no responder

¿Cuál es el grado más alto de educación que ha completado? *

- ☐ Escuela intermedia ☐ Diploma de escuela secundaria o GED
- ☐ Grado asociado ☐ Grado Bachiller ☐ Grado Maestría
- ☐ Grado Doctor o título profesional

Información del hogar

Parte de esta solicitud requiere que comprendamos el tamaño y la composición de los miembros de su hogar. Los miembros del hogar son las personas que viven actualmente y principalmente en su residencia.

Para este programa piloto, los miembros del hogar incluyen "los hijos dependientes, incluidos los hijos solicitantes y no solicitantes, y los padres y los cónyuges legales de los padres que viven con ellos en la misma familia". El tamaño del hogar se utilizará para determinar los umbrales de ingresos por tamaño del hogar.

En la siguiente tabla, ingresará los nombres, la relación y la edad de cada miembro que vive actualmente en su hogar.

- Ingrese usted mismo como "Miembro del hogar 1".
- Al seleccionar una "Relación", describirá la relación que el miembro del hogar tiene con usted. Por ejemplo, si su hermana vive actualmente con usted, ingrese "Mi hermano". Ingrese una de las siguientes descripciones de relación: Yo, Mi cónyuge/pareja, Mis padres, Los padres de mi cónyuge/pareja, Mi hijo, Mi hermano, Mi sobrina, Mi sobrino, Mi abuelo, Amigo.
- Para la edad, ingrese "Menos de 1 año" si el miembro del hogar tiene menos de 1 año, o su edad en años, para cualquier miembro del hogar de 1 año o más.

Ingrese la información del miembro del hogar aquí*

	Nombre	Relación	Edad
Miembro del hogar 1			
Miembro del hogar 2			
Miembro del hogar 3			
Miembro del hogar 4			
Miembro del hogar 5			
Miembro del hogar 6			
Miembro del hogar 7			
Miembro del hogar 8			
Miembro del hogar 9			
Miembro del hogar 10			

Información del niño: Establecimiento de relaciones y ciudadanía/Estado migratorio

Esta sección recopilará información sobre los niños que desea inscribir en el programa piloto CCAP for Child Care. La información reunida aquí confirmará la elegibilidad del niño según su edad y la relación con usted como padre. También recopilará información para verificar su residencia y la de su hijo y el estado de ciudadanía/inmigración de su hijo.

¿Para cuántos niños le gustaría solicitar beneficios de CCAP para el cuidado infantil? *

Niño 1

Nombre: Niño 1 *

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: Niño 1 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 1 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 1 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 1 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 2

Nombre: Niño 2 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 2 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 2 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 2 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 2 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 3

Nombre: Niño 3 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 3 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 3 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 3 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 3 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 4

Nombre: Niño 4 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 4 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 4 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 4 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 4 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 5

Nombre: Niño 5 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 5 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 5 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 5 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 5 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 6

Nombre: Niño 6 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 6 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 6 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 6 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 6 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 7

Nombre: Niño 7 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 7 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 7 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 7 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 7 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 8

Nombre: Niño 8 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 8 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 8 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 8 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 8 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 9

Nombre: Niño 9 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 9 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 9 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 9 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 9 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Niño 10

Nombre: Niño 10 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 10 *

_____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 10 *

☐ Niño biológico ☐ Niño adoptado ☐ Niño adoptivo ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 10 *

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 10 *

☐ Ciudadano estadounidense

☐ Inmigrante Calificado

Por favor, adjunte documentación a esta solicitud para verificar:

1. Usted el el "padre" del niño o niños que solicitan beneficios
2. La ciudadanía o el estatus migratorio de cada niño

Opción 1: Adjunte una copia de uno de los siguientes para verificar ambos requisitos de elegibilidad:

- El acta de nacimiento del niño
- El registro del hospital o de salud pública de nacimiento y paternidad del niño
- Los registros bautismales del niño

Opción 2: Revise las listas a continuación y adjunte una copia de un documento de cada columna para verificar su relación y el estado de ciudadanía/inmigración de cada niño:

Establecer la Relación con el Niño	Establecer el Estatus Migratorio del Niño
• Documentos o registros de adopción • Manutención de menores, registros de paternidad, BIA o registros tribales • Documentos de divorcio/custodia • Registros judiciales de paternidad/tutela	• Pasaporte Estadounidense • Visa de Inmigración

Ingresos del hogar

Esta sección recopilará información sobre los ingresos obtenidos del empleo. Para este programa piloto, al menos uno de los padres debe obtener ingresos de un programa de cuidado infantil con licencia del DHS.

- **En un hogar monoparental**, el padre debe estar trabajando en un programa de cuidado infantil autorizado por el DHS durante un promedio de 20 horas a la semana.
- **En un hogar con dos padres**, uno de los padres debe ser un empleado de un programa de cuidado infantil con licencia del DHS que trabaje un mínimo de 20 horas por semana. **El segundo padre** debe:

- * Si está empleado: cargue una copia de un mes de declaraciones de ingresos recientes o talones de pago.
- * Si participa en un programa de educación o capacitación aprobado: cargue evidencia de participación. Las actividades de educación o capacitación aprobadas pueden incluir: una capacitación aprobada por la junta de fuerza laboral del Gobernador, o CCAP for College.

*Las actividades de educación o capacitación aprobadas pueden incluir: una capacitación aprobada por la junta de fuerza laboral del Gobernador, o CCAP for College.

¿Es su hogar un hogar de 1 o 2 padres? Un hogar con dos padres significa que "dos padres viven en el mismo hogar legal y comparten la responsabilidad financiera por el/los hijo(s) dependiente(s) del solicitante". *

- ☐ 1 padre
- ☐ 2 padres

Ingreso del Trabajo Mensual

Esta sección recopilará información de ingresos relacionada con el empleo.

Padre 1: Adjunte una copia 1 mes de sus declaraciones de ingresos o talones de pago más recientes. Esto puede ser 4 declaraciones de ingresos semanales o 2 talones de pago quincenales. Si recientemente comenzó a trabajar, puede adjuntar una carta de su empleador que confirme su salario por hora y su horario de trabajo. *

Padre 2: Si está empleado: adjunte una copia de un mes de declaraciones de ingresos recientes o talones de pago. Si participa en un programa de educación o capacitación aprobado: adjunte evidencia de participación.

Empleo de personal y educadores tempranos

Esta sección recopilará información para verificar dónde trabaja, su función y su horario de trabajo aproximado. Asegúrese de seleccionar el empleador correcto, ya que nuestro equipo puede comunicarse con este empleador para verificar esta información. Licencias de cuidado infantil del DHS verificará que los proveedores de cuidado infantil familiar tengan licencia y estén cuidando niños en Rhode Island.

Seleccione el tipo de programa de cuidado infantil con licencia del DHS donde trabaja. *

- ☐ Centro de Cuidado Infantil ☐ Hogar de Cuidado Infantil Familiar

Por favor ingrese el nombre del Centro u Hogar de Cuidado Infantil Familiar donde trabaja.*

Seleccione su posición en este programa *

- | | |
|--|--|
| ☐ Proveedor de Cuidado Infantil Familiar | |
| ☐ Asistente de Cuidado Infantil Familiar | ☐ Proveedor Exento de Licencia |
| ☐ Profesor Principal Infantil | ☐ Maestra Principal de Niños Pequeños |
| ☐ Profesor Principal Preescolar | ☐ Profesor Principal en Edad Escolar |
| ☐ Profesor Asistente Infantil | ☐ Maestra Asistente de Niños Pequeños |
| ☐ Profesor Asistente Preescolar | ☐ Profesor Asistente de Edad Escolar |
| ☐ Profesor Sustituto | ☐ Maestra Principal de Preescolar Estatal |
| ☐ Profesor Asistente de Preescolar Estatal | |
| ☐ Profesor Principal de Head Start Temprano | |
| ☐ Profesor Asistente de Early Head Start | ☐ Profesor Principal de Head Start |
| ☐ Profesor Asistente de Head Start | ☐ Director |
| ☐ Asistente de Director | ☐ Coordinador de Educación |
| ☐ Coordinador de Sitio | ☐ Flotador |
| ☐ Especialista en Integración Terapéutica | ☐ Trabajador social |
| ☐ Otro | |

En una semana promedio, ¿cuántas horas trabajas? *

- ☐ 20-29 horas de semana
- ☐ 30 horas o más de semana

Describa su horario de trabajo promedio/general. Nota: Entendemos que los horarios de trabajo pueden variar. El propósito de este horario de trabajo es proporcionar una comprensión general de los días u horas que puede trabajar. Está permitido si los tiempos no son exactos/cambian en el futuro. *

	Hora de inicio (ej. 7:00AM)	Hora de finalización (ej. 4:00PM)
Domingo		
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Atestaciones

Antes de enviar esta solicitud, lea atentamente las siguientes atestaciones. Al firmar esta solicitud, usted afirma que comprende y acepta los siguientes requisitos.

En hogares con dos padres, ambos padres deben revisar las siguientes declaraciones y firmar la solicitud. Por favor, lea atentamente estas atestaciones.

Si tiene alguna pregunta sobre el significado de estos certificados, comuníquese con:

*Correo electrónico: CCAPforChildCare@pcgus.com

*Línea telefónica gratuita (abierta de lunes a viernes de 9:30 a.m. a 6 p.m.): 833-930-3540

Al firmar a continuación, yo/nosotros hacemos las siguientes representaciones, autorizaciones y certificaciones:

1. Entiendo los requisitos de este programa y certifico que la información proporcionada en esta solicitud y la información que he proporcionado es verdadera y precisa, incluida la información de contacto y la información financiera necesaria para recibir los pagos de CCAP. Entiendo que puedo acceder a asistencia o hacer preguntas sobre el programa.

2. Entiendo que toda la información que brinde en esta solicitud estará protegida, en la medida de lo posible, y que el DHS se reserva el derecho de retener y consultar toda la información proporcionada a través de esta solicitud.

3. Le otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) y a su agente Public Consulting Group (PCG), el permiso para comunicarse con mi empleador, en cualquier momento, para verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud.

4. Entiendo que el DHS se reserva el derecho de cancelar mi inscripción en este programa piloto en caso de que se encuentre que un proveedor viola cualquier ley, regulación, regla o término de solicitud aplicable.

5. Entiendo que los requisitos para este programa piloto incluyen el hecho de que el beneficio de CCAP no se puede usar para cuidar a mi propio hijo. Es decir, para los solicitantes que trabajan en un hogar de cuidado infantil familiar, su hijo no puede estar inscrito en el mismo hogar de cuidado infantil familiar donde trabajan. Para los solicitantes que trabajan en un Centro de cuidado infantil, es posible que el niño no esté en el mismo salón de clases donde trabaja el solicitante.

6. Entiendo que los beneficios de CCAP para el Cuidado Infantil cubrirán un período de certificación de 12 meses; después del período de certificación, soy responsable de mis propios gastos de cuidado infantil.

7. Como participante piloto, entiendo que debo informar cualquiera de las siguientes circunstancias a CCAPforChildCare@pcgus.com dentro de los 10 días a partir de la fecha en que ocurrió la circunstancia. Entiendo que no informar estas circunstancias de manera oportuna puede ser motivo para denegar la elegibilidad o suspender mi participación en el programa CCAP para el cuidado infantil. Estas circunstancias incluyen:

- Cambio de empleo, ya sea a un nuevo programa de cuidado infantil con licencia del DHS u otro lugar de empleo
- Un cambio en el ingreso de mi hogar para que supere el trescientos por ciento del Nivel Federal de Pobreza
- Una disminución en las horas de trabajo si el promedio de horas semanales en un lapso de 4 semanas es menos de 20 horas cada semana para el padre que trabaja como educador o personal de cuidado infantil
- Un cambio de dirección o

- El niño calificado para los beneficios ya no reside en el hogar

8. Entiendo que la participación en este piloto es voluntaria.

9. Entiendo que las familias que ya reciben los beneficios de CCAP aún pueden participar en este programa piloto y recibirán la exención de copagos. Entiendo que la participación en este programa piloto no tiene ningún otro impacto en un caso CCAP existente.

10. Entiendo que, si se me niega la elegibilidad para el programa piloto CCAP para cuidado infantil, soy responsable del pago a mi proveedor de CCAP por cualquier servicio de cuidado infantil proporcionado. También entiendo que puedo apelar una decisión de denegación y me comunicaré con CCAPforChildCare@pcgus.com para iniciar el proceso de apelación.

11. Estoy de acuerdo y reconozco que, si alguna declaración en esta certificación es falsa, puedo ser castigado con sanciones penales, civiles o administrativas, exclusión de programas federales o estatales, y / o la imposición de multas o daños civiles, entre otros castigos, y el proveedor de cuidado infantil también puede ser castigado, incluidos, entre otros, el reembolso de todos los pagos de CCAP o la revisión de mi licencia de cuidado infantil emitida por el estado.

12. Finalmente, acepto cumplir con todos los requisitos y directrices federales y estatales aplicables.

Padre 1 Firma *

Padre 2 Firma *

Fecha de firma *

MM-DD-AAAA