

# Solicitud de Beneficios para el Cuidado de Niños de Crianza Temporal

Esta es su solicitud de Cuidado de Niños de Crianza Temporal (FC-CC) que se ofrece a través del Departamento de Niños y Familias (DCF). Responda todas las preguntas con la mayor veracidad posible. Si el inglés no es su lengua materna, se le proporcionará un intérprete sin costo alguno. Tenga en cuenta que está sujeto a sanciones severas por cualquier información falsa o engañosa que proporcione en esta solicitud.

### Solo para uso de la agencia

Date Received: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_ Review  
 Interview completed by: \_\_\_\_\_  
 Case Number(s): \_\_\_\_\_

Este formulario nos proporciona la información que necesitamos para determinar la elegibilidad de cuidado infantil para usted como familia de crianza para el(los) niño(s) en su cuidado temporal. La documentación de respaldo de su empleo o asistencia escolar debe incluirse con esta solicitud.

## Siga estos pasos para llevar a cabo la solicitud

- Complete este formulario para hacer la solicitud. Una vez completado, presente este formulario a [DCF.FosterCareCC@ks.gov](mailto:DCF.FosterCareCC@ks.gov). Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al (785) 368-8594.
- Lea las preguntas con detenimiento y conteste honestamente. Si está solicitando en nombre de otra persona, responda las preguntas para esa persona.
- Firme y feche este formulario. Su solicitud no está completa hasta que se firme.
- Devuelva este formulario lo antes posible. Si es elegible, algunos beneficios comienzan desde la fecha en que se recibió una solicitud firmada en nuestra oficina.
- Envíe por correo, fax o lleve este formulario al proveedor de administración de casos de su hijo(a) o la agencia de custodia temporal de su hijo(a). Pueden pasar de 30 a 45 días antes de que se procese su solicitud.
- Si se requiere una entrevista, nos pondremos en contacto con usted.

### Devuelva este formulario a:



## A. Díganos sobre usted y las personas en su hogar

Proporcione la siguiente información y firme esta sección de la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre, inicial segundo nombre, apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Está:  Nunca casado  Casado  Casado en unión libre  Divorciado  Separado

Viudo  Miembro de una pareja no casada

Enumere a todas las personas que viven en su hogar, incluso si no necesitan asistencia (no incluya aquí a los niños en crianza temporal). No proporcionar el número de Seguro Social (SSN) del cliente hará que se requieran pasos adicionales para obtener la tarjeta EBT, ya que el SSN se utiliza con fines de seguridad para configurar la tarjeta EBT.

Nombre, inicial segundo nombre, apellido	Relación con usted	Sexo	Fecha de nacimiento	SSN	¿Esta persona es ciudadano de Estados Unidos?
	Yo mismo				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

### Su información es privada:

- Mantendremos su información privada según lo exige la ley.
- Utilizaremos la información en este formulario solo para ver si reúne los requisitos necesarios para recibir los beneficios.

## B. Díganos cómo comunicarnos con usted

Brindamos servicios de interpretación y traducción. Complete esta sección para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.

¿Su lengua materna es otra que no sea inglés?  No  Sí

En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres del idioma hablado y/o escrito. También incluya otras necesidades de comunicación como Braille, retransmisión, inglés con señas, TDD / TTY, letra grande, programa de sintetizador de voz, etc.

Idioma hablado	Idioma escrito	Otras necesidades

## C. Díganos sobre los niños de crianza temporal para quienes está solicitando

¿Quién es el niño o niños en cuidado de crianza que viven temporalmente con usted? Adjunte páginas adicionales según sea necesario. Puede optar por no incluir la herencia racial o étnica, y no se utilizará en su contra. Solo solicitamos esta información para fines de informes federales. Las respuestas de ninguna manera afectarán la elegibilidad o los beneficios..

### PERSONA 1

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Con cuál Agencia de Custodia Temporal o Proveedor de Administración de Casos está la Persona 1? \_\_\_\_\_

¿La persona 1 está haciendo la transición  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
a una nueva agencia?

Fecha de inicio de la colocación: \_\_\_\_\_

¿La persona 1 es ciudadana de Estados Unidos?  No  Sí  Desconocido  Pendiente

**Discapacidad:** ¿La persona 1 está discapacitada?  No  Sí

**Origen étnico:** ¿La persona 1 es hispana o latina?  No  Sí

**Raza:** Marque todo lo que corresponda a la Persona 1. Para fines de informe, si elige no seleccionar una raza o categoría étnica, se hará una elección en su nombre.

- |   |  |                                     |  |  |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o<br>Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o<br>Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                        | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Guameño o<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del<br>Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |  |

### PERSONA 2

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Con cuál Agencia de Custodia Temporal o Proveedor de Administración de Casos está la Persona 2? \_\_\_\_\_

¿La persona 2 está haciendo la transición  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
a una nueva agencia?

Fecha de inicio de la colocación: \_\_\_\_\_

¿La persona 2 es ciudadana de Estados Unidos?  No  Sí  Desconocido  Pendiente

**Discapacidad:** ¿La persona 2 está discapacitada?  No  Sí

**Origen étnico:** ¿La persona 2 es hispana o latina?  No  Sí

**Raza:** Marque todo lo que corresponda a la Persona 2. Para fines de informe, si elige no seleccionar una raza o categoría étnica, se hará una elección en su nombre.

- |   |  |                                     |  |  |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o<br>Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o<br>Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                        | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Guameño o<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del<br>Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |  |

## PERSONA 3

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Con cuál Agencia de Custodia Temporal o Proveedor de Administración de Casos está la Persona 3? \_\_\_\_\_

¿La persona 3 está haciendo la transición  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
a una nueva agencia?

Fecha de inicio de la colocación: \_\_\_\_\_

¿La persona 3 es ciudadana de Estados Unidos?  No  Sí  Desconocido  Pendiente

**Discapacidad:** ¿La persona 3 está discapacitada?  No  Sí

**Origen étnico:** ¿La persona 3 es hispana o latina?  No  Sí

**Raza:** Marque todo lo que corresponda a la Persona 3. Para fines de informe, si elige no seleccionar una raza o categoría étnica, se hará una elección en su nombre.

- |   |  |                                     |  |  |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o<br>Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o<br>Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                        | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Guameño o<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del<br>Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |  |

## PERSONA 4

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Con cuál Agencia de Custodia Temporal o Proveedor de Administración de Casos está la Persona 4? \_\_\_\_\_

¿La persona 4 está haciendo la transición  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
a una nueva agencia?

Fecha de inicio de la colocación: \_\_\_\_\_

¿La persona 4 es ciudadana de Estados Unidos?  No  Sí  Desconocido  Pendiente

**Discapacidad:** ¿La persona 4 está discapacitada?  No  Sí

**Origen étnico:** ¿La persona 4 es hispana o latina?  No  Sí

**Raza:** Marque todo lo que corresponda a la Persona 4. Para fines de informe, si elige no seleccionar una raza o categoría étnica, se hará una elección en su nombre.

- |   |  |                                     |  |  |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o<br>Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o<br>Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                        | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Guameño o<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del<br>Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |  |

## D. Díganos sobre sus necesidades de cuidado infantil

Para ayudarnos a determinar si puede obtener beneficios de cuidado infantil, díganos por qué necesita ayuda con los gastos de cuidado infantil (marque todo lo que corresponda):

Tengo un empleo.  Voy a la escuela/capacitación.

Otro - explique: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para encontrar cuidado infantil de calidad?  No  Sí

¿Tiene cuotas de inscripción para comenzar el cuidado infantil de su hijo de crianza?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto cobrado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo necesita que comience el cuidado infantil? \_\_\_\_\_

Complete la información a continuación para cada niño que necesita cuidado infantil. Si se necesita cuidado infantil para más de 4 niños, adjunte páginas adicionales.

Proporcione lo siguiente para cada niño	Nombre del niño	Nombre del niño	Nombre del niño	Nombre del niño
<b>Ponga la información del proveedor de cuidado infantil debajo del nombre de cada niño</b>				
Nombre del proveedor				
Dirección				
Núm. de teléfono				
Tipo de proveedor	Autorizado KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____	Autorizado KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____	Autorizado KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____	Autorizado KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____
Horario escolar del niño (diario) Encierre en un círculo los días de la semana para este horario	Entrada	AM / PM	Entrada	AM / PM
	Salida	AM / PM	Salida	AM / PM
	D L Ma M J V S		D L Ma M J V S	
Grado del niño y nombre de la escuela / Headstart				

### Padre 1 horario laboral/escolar

Nombre del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_

Hora de entrada (AM/PM)	Hora de salida (AM/PM)	Encierre en un círculo los días de la semana para este horario:
		DOM LUN MAR MIE JUE VIE SÁB
		DOM LUN MAR MIE JUE VIE SÁB

### Padre 2 horario laboral/escolar

Nombre del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_

Hora de entrada (AM/PM)	Hora de salida (AM/PM)	Encierre en un círculo los días de la semana para este horario:
		DOM LUN MAR MIE JUE VIE SÁB
		DOM LUN MAR MIE JUE VIE SÁB

## Lea esta información antes de firmar

### Derechos, responsabilidades y sanciones

- He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades en este formulario.
- Entiendo las preguntas en este formulario de solicitud.
- Entiendo las sanciones por ocultar información.
- Entiendo las sanciones por dar información falsa.

### Cambios que debe informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambios en mi dirección, cambios en la elección del proveedor de cuidado infantil y/o cambios en el horario necesario/utilizado para el cuidado infantil (aparte del horario necesario para los niños en edad escolar durante las veces en que la escuela no está en sesión). Esto incluye cuando el cuidado infantil ya no se usa o no se ha usado durante un mes calendario completo para alguno o todos los niños que reciben asistencia.
- Entiendo que se me notificará sobre los cambios que debo informar.
- Le informaré a mi trabajador de crianza temporal sobre cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad.

### Verificaremos la información que nos proporcione

- Entiendo que verificará la información que proporciono en este formulario de solicitud.
- Entiendo que se puede comunicar con otras agencias, tales como funcionarios federales, estatales, locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras y proveedores de cuidado infantil para verificar la información.
- Entiendo que ustedes utilizarán la información que verifiquen y que podría afectar mi elegibilidad o nivel de beneficio.

## Sanciones por fraude

**Asistencia para el cuidado de niños** – Si usted o cualquier miembro adulto de su hogar de cuidado de niños de crianza temporal infringe intencionalmente cualquiera de las siguientes reglas o se descubre que ha cometido fraude (civil, penal o administrativo), en el cuidado de niños, todos los adultos en su hogar serán inelegibles de forma permanente para recibir asistencia de cuidado infantil. Si en el futuro usted podría ser elegible, o actualmente recibe beneficios de TANF, también se volverá inelegible de manera permanente.

- No mienta, haga declaraciones engañosas, oculte información o no informe los cambios, según sea necesario, para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.
- No intercambie ni venda Tarjetas de Beneficios.

El resto de su hogar de cuidado de niños de crianza temporal puede recibir beneficios si de otro modo son elegibles. Los adultos en el hogar aún serán responsables de pagar el monto de cualquier sobrepago de beneficios que recibió la persona descalificada.

## Derechos del DCF

### DCF tiene derecho a:

- Verificar el estado migratorio de los miembros solicitantes del hogar al presentar información de la solicitud al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). La información recibida puede afectar la elegibilidad del hogar y el monto de los beneficios.
- Negar los beneficios a su hogar si no proporciona la información solicitada.
- Divulgar la información en su solicitud a otras agencias federales y estatales para su inspección oficial, y a los agentes de seguridad pública con el propósito de arrestar a las personas que están huyendo de la ley.
- Remitir la información en esta solicitud a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de reclamos, para la cobranza de reclamos si surgen sobrepagos contra su hogar.
- Llevar a cabo una investigación completa de su elegibilidad, incluyendo contactar a empleadores, proveedores de cuidado infantil, bancos, médicos o visitar su hogar.
- Denegar su solicitud o procesarlo por fraude si nos proporciona información falsa a sabiendas para recibir asistencia.

## Sus responsabilidades

### Usted tiene la responsabilidad de:

- Informar cualquier cambio según sea necesario;
- Pagar a su proveedor de cuidado infantil por los servicios;
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si se revisa su caso;
- Cooperar con una investigación de fraude.

## Sus derechos

### Usted tiene derecho a:

- Tener un intérprete sin costo si el inglés no es su lengua materna;
- Que la información dada al DCF se mantenga confidencial, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF;
- Retirar su solicitud en cualquier momento;
- Solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 30 días para asistencia de cuidado infantil;
- Que se realice una determinación de sus beneficios a partir de la fecha en que el DCF recibe esta solicitud.

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## Proveedor de Administración de Casos de Crianza Temporal o Agencia de Custodia Temporal

Mi firma en esta solicitud certifica que el(los) niño(s) de crianza temporal para el(los) que se solicita asistencia para el cuidado infantil están bajo la custodia del Secretario del Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF). También certifica que es necesario el cuidado infantil debido al horario laboral o escolar verificado de la familia de crianza para cada niño para el cual se solicita asistencia de cuidado infantil. Toda la documentación debe conservarse y no puede destruirse hasta después de que el caso de asistencia para cuidado infantil haya sido cerrado por 36 meses y debe estar disponible para el DCF en caso de una auditoría.

\_\_\_\_\_  
Proveedor de Administración de Casos de Crianza Temporal (CMP)/ Agencia de Custodia Temporal (CPA)

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde del representante de FC CMP/CPA

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del representante

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del FC CMP/CPA

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Permiso para divulgar información y firma

**Mi firma en esta solicitud autoriza a empleadores, proveedores de cuidado infantil, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias para divulgar al Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF) cualquier información, incluyendo información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para los beneficios o para administrar cualquier programa (incluyendo Servicios de Manutención Infantil) que yo haya solicitado.**

Autorizo al DCF a compartir información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.

Entiendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de firma establecida a continuación y seguirá siendo válida hasta que el abajo firmante la revoque por escrito. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

**Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluyendo la información sobre ciudadanía y estado migratorio. Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a cualquier otra persona a obtener, mediante una declaración o representación intencionalmente falsa, o mediante suplantación de identidad, colusión u otro recurso fraudulento, asistencia para el cual ellos o yo no tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por KSA 21-5801 y enmiendas, que podría ser un delito grave castigado con prisión, multa o ambas, y el infractor también podría estar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes estatales y federales correspondientes.**

\_\_\_\_\_  
Su firma (requerida)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de su cónyuge u otro adulto en su hogar (no es obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del primer testigo (obligatoria si no puede firmar su nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo testigo (obligatoria si no puede firmar su nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor/curador designado por el tribunal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

