



ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
PEDIDO DE INFORMACION PARA REDETERMINACION

Número de Caso para
Cuidado de Niños:

Fecha del Aviso:
Fecha que Termina la Aprobación:
Razón para Cuidado de Niños:

Código para el Grupo de Casos:

Cliente:

Proveedor(es):

En este momento su elegibilidad de la necesidad para CUIDADO DE NIÑOS necesita ser redeterminada. Por favor complete y devuélvanos este formulario a la dirección indicada abajo. Si nosotros no recibimos esta información dentro de los próximos 10 días laborables, su cuidado de niños será CANCELADO. Si tiene problemas para completar este formulario, por favor llámenos.

SI USTED TRABAJA, AÑADA COPIAS DE SUS 2 TALONES DE CHEQUES MAS RECIENTES.

SI USTED ASISTE A UNA ACTIVIDAD REQUERIDA POR TANF, AÑADA UNA COPIA DE SU PLAN DE RESPONSABILIDAD DE SERVICIO (RSP) ACTUAL.

SI USTED ASISTE A LA ESCUELA, AÑADA UNA COPIA DE SU HORARIO ESCOLAR Y SU ULTIMO REPORTE.

SI USTED ES UN PADRE/MADRE JOVEN QUE VA A LA SECUNDARIA/GED, SOLO SE NECESITA UNA COPIA DEL

Escriba un número de teléfono donde se le puede llamar durante el día:

PARA LA OFICINA: ___ 1) Trabajo/Entrenamiento En-el-trabajo para TANF y para los que no reciben TANF
RAZON PARA ___ 1) Actividad de Educación/Entrenamiento TANF o Padres Jóvenes en Secundaria/GED
CUIDADO DE NIÑOS ___ 3) Actividad de Educación/Entrenamiento o Padres Jóvenes que Trabajan y en Secundaria/GED
___ 4) Educación y Examen de Entrenamiento para los que no reciben TANF

TIPO DE EDUCACION/ENTRENAMIENTO QUE ASISTE ACTUALMENTE ___ 1) Secundaria o GED ___ 4) Colegio de 2 años (Asociado)
___ 2) Otro Menos de Post-Secundaria ___ 5) Colegio de 4 años (Bachiller)
(Marque Uno) ___ 3) Ocupacional/Vocacional

INFORMACION DE TRABAJO

Empleador/Nombre de la Compañía		Título del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
Número de teléfono	Ext.	Fecha que empezó en este trabajo:	
¿Es éste un nuevo trabajo desde su última solicitud/redeterminación? ___ SI ___ NO			
Si contestó SI, nombre de su empleador/compañía anterior:		Fecha que terminó su trabajo anterior:	
Yo gano (antes de pagar impuestos): COMPLETE UNO _____ por hora _____ por semana _____ por mes _____ por año			
Me pagan (marque uno): ___ 1) Semanalmente ___ 2) Cada 2 Semanas ___ 3) 2 Veces al Mes ___ 4) Mensualmente			Número de Horas que Trabaja por Semana:

Complete la información de las páginas 2, 3 y 4 y ENVIELO POR CORREO O LLEVELO (NO ENVIE POR FAX) A:

Illinois Action for Children – Child Care Assistance Program
1340 S. Damen Avenue, 3rd Floor, Chicago, IL 60608
Phone (312) 823-1100 Fax (312) 823-1200

Nombre del Caso:

HORARIO DE TRABAJO: Por favor escriba su horario típico de trabajo (circule am o pm)

¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Recibe usted seguro de salud de su empleador? SI NO

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta el trabajo?

INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

Nombre de la Escuela/Programa de Entrenamiento			Número de Teléfono		
Dirección		Ciudad		Estado	Zona Postal

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta la escuela?

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el siguiente horario (circule am o pm)

¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
	HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Vive en su hogar el otro padre o padrastro/madrastra de alguno de los niños?
 NO (Vaya a Información de la Familia en la página 3) SI (Complete la sección de abajo)

INFORMACION DEL OTRO PADRE/MADRE/PADRASTRO/MADRASTRA

¿Está trabajando el otro padre/madre o padrastro/madrastra? SI NO
 ¿Está yendo a la escuela el otro padre/madre o padrastro/madrastra? SI NO
 Si el otro padre/madre, padrastro/madrastra no trabaja ni va a la escuela, por qué él/ella no cuida al/los niño(s)?

Apellido del otro Padre/Madre/Padrastro/Madrastra	Nombre
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

INFORMACION DE TRABAJO

Nombre de la Compañía/Empleador			Título del Trabajo		
Dirección		Ciudad		Estado	Zona Postal
Número de Teléfono Ext.			Fecha que empezó el trabajo:		

¿Es este un nuevo trabajo desde su última solicitud/redeterminación? SI NO

Si es SI, nombre del empleador anterior: _____ Fecha que terminó el trabajo anterior: _____

Ellos ganan (sin descontar impuestos): COMPLETE UNO
 _____ por hora _____ por semana _____ por mensual _____ por año

Le pagan (marque uno): 1) Semanalmente 2) Cada 2 Semanas
 3) 2 Veces al Mes 4) Mensualmente

Número de Horas que Trabaja por Semana: _____

HORARIO DE TRABAJO: Por favor escriba su horario típico de trabajo (circule am o pm)								
¿Cambia su horario? Por Favor Explique: _____ _____		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

¿Recibe seguro de salud de su empleador? SI NO

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta el trabajo?

INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD REQUERIDA DE TANF/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

Nombre de la Escuela/Programa de Entrenamiento

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Zona Postal

¿Cuánto tiempo se demora en ir desde su proveedor de cuidado de niños hasta la escuela?

HORARIO ESCOLAR: Por favor complete el siguiente horario (circule am o pm)

¿Varía su horario? Por Favor Explique: _____ _____		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
	DESDE	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm
HASTA	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm	am pm

INFORMACION DE LA FAMILIA

¿Cuál es el tamaño de su familia? _____ ¿Cuántos adultos hay en su familia? _____

¿Cuántos niños hay en su familia? _____ ¿Cuántos niños reciben cuidado de niños? _____

Familia quiere decir el/la solicitante (usted); el padre biológico, padrastro/madrastra o padre adoptivo de alguien que requiere cuidado de niños que viven en su hogar; y sus niños biológicos o adoptivos que viven en el mismo hogar. Otras personas que son parientes suyos por sangre o por ley también pueden ser contadas si dependen de usted el 50% o más para mantenerse.

INFORMACION DE INGRESOS: Escriba el ingreso MENSUAL de todos los miembros de la familia contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso no aplica, escriba "N/A".

TIPO DE INGRESOS	CLIENTE	MIEMBROS DE LA FAMILIA	PARA USO DE LA OFICINA
Ingreso Bruto de Empleo: Incluya propinas. Escriba abajo cualquier ingreso de negocio propio. Añada copias de los 2 talones de pago más recientes para cada persona.			
Ingreso de Negocio Propio			
Mantenimiento de Niños Recibido			
Asistencia Económica TANF			
Otro Ingreso Federal: Por ejemplo, pagos de Seguro Social y beneficios del ferrocarril.			
Otro Ingreso Mensual: Por ejemplo, ingresos de intereses, regalías, pensiones, anualidades, pensión de esposo(a), asistencia mensual por adopción, compensación de desempleo, pagos del DCFS, pensión de veteranos, beneficios para sobrevivientes y pagos por deshabilidad permanente.			
SUBTOTAL			
RESTE: Pagos de Mantenimiento de niños hecho por la familia del Solicitante			
TOTAL			

Nombre del Caso:

Asistencia Económica para Vivienda Incluyendo Vales Con Valor Económico Específico:
(Para Reporte Federal, no cuenta cuando se suma el total de ingresos Mensuales de la Familia)

PARA USO DE LA OFICINA: CUOTA DE LOS PADRES

ANOTE EL NOMBRE DE LOS NIÑOS CUIDADOS POR CADA PROVEEDOR Si sus niños van a la escuela, pre escuela, o a Headstart durante el día, anote sólo las horas que ellos están con el proveedor de cuidado. (Este no es un Formulario para Cambio de Proveedor).

#1 Nombre del Proveedor:

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am

#2 Nombre del Proveedor:

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am

#3 Nombre del Proveedor:

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD		LUN	MAR	MIER	JUE	VIE	SAB	DOM
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am
		DESDE	am	am	am	am	am	am	am
		HASTA	am	am	am	am	am	am	am

Yo certifico que:

- Todas las declaraciones de arriba son verdaderas;
- La información entregada es verdadera, correcta y precisa;
- La información proveída será entregada sólo para propósitos administrativos y que se me puede requerir verificar la información que he proveído;
- Entiendo que soy responsable por pagar a mi proveedor una parte del costo de mi cuidado de niños (cuota de los padres) y que la falta de hacerlo puede resultar en la pérdida de beneficios para cuidado de niños;
- Entiendo que tengo el derecho de apelar y de tener una audiencia imparcial de quejas;
- Entiendo que dar información falsa o la falta en corregir información puede resultar en ser referido a juicio por fraude.

Firma del/la Cliente: _____ Fecha: _____