



APROBACIÓN DE PETICIÓN PARA PAGAR POR EL CUIDADO DE NIÑOS

Núm. Caso de Cuidado de Niños:

Fecha del Aviso :

Número de Caso IVR:

Código del Trabajador(a):

Razón para el Cuidado de Niños:

Padres / Tutor:

Proveedor:

u elegibilidad para cuidado de niños ha sido aprobada empezando el _____ hasta _____ o hasta que haya un cambio en la elegibilidad, lo que ocurra primero. No podemos pagar al proveedor de cuidado de niños antes de la fecha en que el caso fue aprobado. Se determinará la elegibilidad nuevamente cerca del vencimiento de su periodo de elegibilidad actual, pero puede ser determinada antes si hay un cambio en ingresos, tamaño de la familia, o a la discreción del Departamento.

REPORTAR CAMBIOS: Usted es responsable por notificar a _____ dentro de los 10 días si Cambia Proveedores, Deja de Trabajar o Cambia de Trabajo, Deja de ir a la Escuela o Capacitación, Cambia el Tamaño de su Familia, Cambian sus Ingresos, Cambia su Dirección, deja de Recibir TANF, Tiene Licencia por Maternidad, o Cualquier Otro Cambio que pueda afectar su elegibilidad. No hacerlo a tiempo puede resultar en reembolso por exceso de pagos y / o la pérdida de beneficios de cuidado de niños. También debe informar estos cambios al trabajador(a) de su caso en la oficina local de DHS si usted recibe otros beneficios del DHS.

CUOTA DEL PADRES: Se requiere que padres / tutor ayude a pagar el costo del cuidado de niños. Esto se llama cuota de los padres. La cuota de los padres se basa en el ingreso bruto mensual, tamaño de la familia y número de niños que reciben cuidado. El proveedor es responsable de cobrar la cuota de los padres. El estado deducirá la cuota de la cantidad total hasta el máximo de la tarifa por cuidado de niños. Si la cuota es mayor que el total del costo, el padre paga la cantidad menor al proveedor y el estado no paga nada.

<u>Cuota de los Padres</u>	<u>Cantidad Mensual</u>	<u>Cuota de los Padres</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Niños Elegibles

<u>Nombre</u>	<u>Apellido</u>	<u>Fecha de Nac.</u>	<u>Tarifa</u>	<u>Tiempo Completo / Parcial Edad Esc.</u>	<u>Días Elegibles de la Semana</u>
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		

COMENTARIOS:

Por favor guarde este aviso. Si nos llama, necesitaremos información de este formulario para ayudarlo.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION

En cualquier momento dentro de 60 días de la fecha de este aviso, usted tiene el derecho de apelar esta decisión y de obtener una audiencia imparcial. Dicha apelación debe ser registrada con el Departamento por escrito o llame (gratis) al 1-800-435-0774. Usted puede representarse a sí mismo en esta audiencia o puede ser representada por otra persona, tal como abogado, pariente o amigo. Su oficina local le puede proveer el formulario de apelación y ayudarlo a completarlo, si lo desea.