Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____

Proveedor:

Núm. Teléfono del Cliente: _____

Núm. Teléfono del Proveedor: _____

Núm. Fax del Cliente: _____

Núm. Fax del Proveedor: _____

Núm. Caso de Cuidado de Niños: _____

Código del Trabajador / CCR&R: _____

SI USTED ES UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA, ESTE AVISO SE LE ENVIA PARA MANTENERLE INFORMADO DEL CASO DEL CLIENTE.

Para ayudarnos a comparar la información en el archivo del caso, **por favor devuélva cada página** de este comunicado con copias de la información solicitada (**no envíe originales**) . Si no incluye todas las páginas, puede demorarse el proceso de su caso.

Guarde copias de esta información para sus registros.

Devuélvalo a:

Al Revisar su _____ necesitamos la información siguiente:

- ☐ Otro Padre / Madre / Padrastro / Madrastra
- ☐ Programa Discapacidad / Rehabilitación
- ☐ Militar
- ☐ Educación / Entrenamiento
- ☐ Permiso Para Ausencia
- ☐ Niño Activo en Otro Caso de IDHS
- ☐ Otro Padre / Madre No Puede Proveer el Cuidado
- ☐ Otro Padre / Madre / Padrastro / Madrastra en Caso IDHS
- ☐ Miscelaneos
- ☐ Niños de 13-19 Años de Edad
- ☐ Hoja de Tarifa
- ☐ Certificado de Nacimiento
- ☐ Negocio Propio
- ☐ Proveedor
- ☐ Búsqueda de Empleo
- ☐ Ingreso
- ☐ Nuevo Empleo
- ☐ Otro

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____ Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

OTRO PADRE / MADRE / PADRASTRO / MADRASTRA

De acuerdo con la información que hemos recibido, el otro padre / madre / padrastro / madrastra vive en el hogar. Si el otro padre / madre / padrastro / madrastra no vive en el hogar, usted debe proveer tres (3) documentos legales para verificar la residencia del otro padre / madre. A continuación le sugerimos algunos documentos aceptables:

* Factura de servicios públicos actual o vencida a nombre de él o ella (de los últimos 30 días)
* Verificación de la Oficina del Correo de su domicilio o dirección postal
* Licencia de conducir actual
* Tarjeta de identificación actual
* Contrato de renta con cheque pagado o recibos de giro postal e información del contrato con el propietario
* Talones de cheques de pagos del trabajo que indiquen la dirección o domicilio
* Registro y recibo del pago del registro para automóvil
* Tarjeta de seguro actual o factura para pagar
* Verificación de separación legal
* Decreto de divorcio
* Actual orden judicial de protección
* Declaración de impuestos de ingresos firmado o registrado separadamente
* Formularios del IRS 1099 o W2
* Copia actual firmada del contrato de alquiler o renta con lista de miembros del hogar
* El balance del banco más reciente
* Documentación Militar
* Otro _____

EL OTRO PADRE / MADRE NO PUEDE PROVEER EL CUIDADO

Hemos recibido su solicitud / formulario de renovación o redeterminación. Usted nos informó que el otro padre / madre no puede proporcionar el cuidado debido a una de las siguientes razones:

☐ Problemas físicos o mentales

☐ Participación en un programa de rehabilitación por abuso de alcohol o drogas

☐ Servicio militar lejos del hogar

PROGRAMA DE DISCAPACIDADES / REHABILITACIÓN

Una carta firmada por un médico, psiquiatra, u otro profesional con licencia apropiada que describa la discapacidad y que:

* Tenga membrete en la carta o papel
* Incluya el nombre del padre / madre discapacitado
* Incluya el tiempo proyectado de la discapacidad
* Incluya explicación por qué la discapacidad impide que el padre / madre cuide a los niños

OTRO PADRE / MADRE / PADRASTRO / MADRASTRA EN EL CASO DE IDHS

De acuerdo con su caso activo de TANF / beneficios SNAP / Asistencia Médica, el otro padre / madre de sus niños reside o vive en su hogar. Si este es el caso, por favor complete las páginas adjuntas de la solicitud y proporcione la información del otro padre / madre y devuélvalo con copias de los documentos de elegibilidad del otro padre / madre. Si esto es incorrecto por favor comuníquese con ☐ Lugar del Cuidado ☐ Cuidado de Niños, Recursos & Referencias (CCR&R)

Militar

Documentación del servicio militar lejos del hogar debe incluir una copia de la orden de la rama militar apropiada.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____ Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

MISCELANEOS

☐ La información que envió por fax NO es legible, por favor envíe el original.

☐ La información que envió no está completa, por favor complete las secciones adjuntas:

_____

☐ Hemos recibido correspondencia devuelta del cliente / proveedor o nos han informado que su dirección o domicilio ha cambiado. Por favor complete y envíe el formulario adjunto para "Cambio de Dirección."

EDUCACIÓN / ENTRENAMIENTO

Por favor someta una copia de sus calificaciones más recientes, aviso de calificaciones, transcripciones, u otro documento que indique su promedio de calificaciones / GPA, también incluya su horario escolar.

NIÑOS DE 13-19 AÑOS

Usted ha informado que tiene niño(s) de 13-19 años de edad para los que necesita cuidado de niños debido a las siguientes razones:

☐ El niño es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo

☐ El niño está bajo supervisión judicial que específicamente requiere cuidado de niños:

Antes de establecer la elegibilidad, se necesita la siguiente documentación. Una carta o documento original de la discapacidad o decisión judicial en papel con membrete, que incluya:

* Nombre del niño discapacitado o bajo supervisión judicial
* La explicación por qué el niño es incapaz de cuidarse a sí mismo
* Para la discapacidad, el documento debe ser firmado por un médico, psiquiatra, u otro profesional con licencia apropiada
* Para la decisión judicial, el documento debe estar firmado por un juez

PERMISO PARA AUSENCIA

Nos informaron que tendrá permiso para ausencia por maternidad / asuntos médicos. Usted necesita notificar esto a nuestra oficina dentro de 5 días laborales de su último día de trabajo. La aprobación para cuidado de niños durante ausencia por maternidad / asuntos médicos no debe exceder 6 semanas.

Para ser elegible para cuidado de niños o guardería durante su ausencia por maternidad / asuntos médicos, necesitamos la siguiente información:

* Una carta de su médico en papel con membrete que tenga:
  - Su nombre indicando que es el / la paciente
  - Su diagnóstico y pronóstico
  - La fecha en que se espera regrese al trabajo
  - Una carta de su empleador verificando su última fecha de trabajo e indicando que tendrá el trabajo al regresar después de su ausencia por maternidad / asunto médico
    > Si está embarazada:
      ** Fecha que espera el parto
      ** Fecha en que comenzó su ausencia por maternidad / asunto médico

Al regresar al trabajo de su ausencia por maternidad / asunto médico, se necesita lo siguiente:

* Una renovación o redeterminación para cuidado de niños
* Una carta de su empleador en papel con membrete (formulario de verificación de pagos) que incluya la fecha que regresa al trabajo, días, horario de trabajo y salario
* Una carta de su médico en papel con membrete dándole de alta y fecha para regresar al trabajo

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____ Nombre del Padre / Madre /Tutor _____

HOJA DE TARIFA

Por favor lleve a su proveedor de cuidado de niños el formulario de certificación adjunto para que lo complete.

NIÑO ACTIVO EN CASO DIFERENTE DE IDHS

Los registros del IDHS indican que uno o más niños en su solicitud están actualmente activos en otro caso TANF / SNAP / Asistencia Médica. Para resolver este asunto, por favor comuníquese con el trabajador(a) de su caso en IDHS. Una vez resuelto, comuníquese con ☐ Lugar del Cuidado ☐ Cuidado de Niños, Recursos & Referencias (CCR&R)

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Por favor envíe una copia del certificado de nacimiento de su hijo para añadirlo a su caso de cuidado de niños

INGRESOS

☐ Para poder procesar su solicitud, usted debe enviar copias de dos talones de cheques consecutivos y actuales o,si este es un trabajo nuevo, (menos de 30 días), su empleador o patrono debe completar el formulario de verificación adjunto

Se aceptan copias de las nóminas, pero **deben:**

* tener su nombre y número de seguro social
* nombre y logo de la compañía

☐ Hemos recibido un talón de cheque fechado el _____. Por favor envíe un talón de cheque adicional con fecha anterior o posterior a ésta. El talón de cheque que recibamos debe ser consecutivo a esta fecha y tener menos de 30 días de la fecha que lo recibimos. También debe incluir una lista de ~~sus ingresos brutos (cantida~~d sin descontar impuestos), su nombre o número de seguro social y debe incluir la fecha.

NUEVO EMPLEO

Por favor proporcione una carta de su empleador en papel con membrete para verificar su empleo. Debe incluir lo siguiente:

* Su nombre y número de seguro social
* Fecha que comenzó,
* Su horario de trabajo semanal regular,
* Su salario,
* Frecuencia de pagos,
* La fecha en que usted recibirá su primer cheque,
* Un número de teléfono donde podamos comunicarnos con su empleador, y

NEGOCIO PROPIO O TRABAJOS POR SU CUENTA

☐ Si usted tiene negocio propio o trabaja por su cuenta, por favor incluya una copia de su declaración de impuestos trimestral o anual o una declaración de sus ganancias mensuales de los últimos tres meses. Si desea, puede presentar una copia del formulario para negocio propio (IL444-2790) con la documentación de los ingresos recibidos y gastos pagados, o documentos de contabilidad del negocio para el mismo periodo de tiempo.

☐ Por favor proporcione una copia de su declaración de impuestos federales más reciente con todos los anexos que aplican. Si la declaración de impuestos fue sometida electrónicamente, por favor proporcione una copia del recibo si no tiene su firma.

BÚSQUEDA DE TRABAJO

Usted ha indicado que ya no tiene empleo. Pero, usted es elegible para un periodo de 30 días de gracia desde su último día de empleo. Por favor someta la documentación de su empleador anterior que indique su último día de empleo. Si no puede obtener esta documentación, por favor comuníquese con nosotros.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____ Nombre del Padre /Madre / Tutor: _____

PROVEEDOR

☐ Necesitamos la siguiente información de su proveedor antes de procesar su solicitud:

- ☐ Revisión de antecedentes del proveedor y de cada miembro del hogar de 13 años de edad o mayor
- ☐ Copia de la tarjeta de seguro social de su proveedor
- ☐ Copia de la licencia actual de conducir de su proveedor, o una copia de su tarjeta identificación estatal
- ☐ Formulario W-9 del proveedor,
- ☐ Licencia de DCFS actual del proveedor o carta de extensión para renovar la licencia del proveedor
- ☐ Acuerdo para facturación IVR del proveedor.
- ☐ Formulario de revisión de antecedentes del proveedor y de cada empleado de un centro exento de licencia.
- ☐ Formulario de auto-certificación (IL444-3461)para un proveedor de un centro exento de licencia.
- ☐ Carta del Departamento de Servicios Para Niños y Familias que verifica el estatus de exento del centro (si se marcó #9 en el formulario de auto-certificación para el centro exento de licencia)

☐ Su solicitud no coincide con la solicitud del proveedor, porque no se indica el nombre del cliente / padre en la sección del proveedor. Por favor comuníquese con nuestra oficina para aclarar esto o envíe la solicitud del proveedor nuevamente asegurándose de que el nombre de los padres / cliente esté en todos los formularios.

☐ El nombre y firma del proveedor no es igual al se indica en el formulario W9. Por favor envíelo de nuevo, ya que ambos, el nombre y firma deben ser iguales. Para evitar demoras en los pagos, su nombre debe estar impreso y firmado EXACTAMENTE como aparece en la tarjeta del seguro social.

☐ Su (proveedor) debe completar y enviar el formulario W9 adjunto. El formulario W9 debe estar escrito en letra de molde claramente y completado totalmente. No use "white out" ni tache ninguna información. Sin esta información el Estado no puede pagarle a usted.

☐ Hemos recibido su formulario W9 que usted nos envió. Pero, no podemos procesarlo por una o más de las siguientes razones:

- ☐ No pudimos leer la información que usted escribió.
- ☐ La Contraloría no acepta formularios W9 con información alterada o tachada.
- ☐ La versión que presentó no es la actual.

Le enviamos un formulario W9 nuevo. Por favor complételo y envíelo a la oficina. Asegúrese contestar todas las preguntas, escriba en letra de molde claramente, y no use "white out" ni tache la información. Para evitar demoras en los pagos, el nombre de su proveedor debe estar escrito y firmado EXACTAMENTE como aparece en la tarjeta del seguro social.

☐ Por favor envíe una copia de su carta del IRS / FEIN (Número de Identificación Federal del Empleador)

☐ El Nombre y Número de Seguro Social / FEIN no concuerda con los registros del IRS (Servicio de Rentas Internas) . Por favor comuníquese con la Administración del Seguro Social al 800-772-1213.

☐ Otro: _____

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

PETICIÓN PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha del Aviso: _____ Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

OTRO

Por favor tenga en cuenta que esta es la:

☐ Primera petición de información adicional

☐ Segunda petición de información adicional

Si no recibimos la información requerida en o antes del _____, el cuidado de niños será

☐ Negado ☐ Cancelado

Si su proveedor rehúsa proveer o completar la información requerida, por favor llame inmediatamente a _____ al _____

para ayudarle a budcar un nuevo proveedor.

Cancel | Save and Local | Save for Mass De