

**COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO****INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS**

Durante la emergencia de salud pública declarada COVID-19, los hijos de trabajadores esenciales prioritarios son elegibles para recibir cuidado infantil a través del Programa de Asistencia para Cuidado Infantil (CCAP) del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS). Los trabajadores esenciales priorizados incluyen a aquellos que trabajan en atención médica, servicios humanos, servicios esenciales del gobierno (por ejemplo, correcciones, cumplimiento de la ley, departamento de bomberos) e infraestructura esencial. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR & R). Para encontrar su CCR & R local, visite: <https://www.inccra.org/about/sdasearch>. Las instrucciones para completar este formulario se pueden encontrar comenzando en la página 4.

ESCRIBA O IMPRIMA CLARAMENTE EN TINTA AZUL O NEGRA.: no deje ningún cuadro en blanco.  
Si una pregunta no se aplica, escriba "n / a" en el cuadro, **No deje ningún cuadro en blanco.**

<b>SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>					
<b>El solicitante debe cumplir con la definición de Trabajador Esencial Priorizado para ser elegible.</b>					
Primer nombre:		Apellido:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección de casa:		Apt. No.:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Dirección postal: <input type="checkbox"/> lo mismo que arriba		Apt. No.:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Condado de residencia:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		Idioma principal que se habla en el hogar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro Lista: <input type="checkbox"/> Español	
Número de teléfono:		Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro		Dirección de correo electrónico:	
<b>SECCIÓN 2 - OTRA INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES</b>					
Esta sección debe ser completada si el otro padre / tutor está viviendo en la misma casa que los solicitantes e hijo (s).					
Primer nombre:		Apellido:		Fecha de Nacimiento:	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		Número de teléfono:		Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro	
<b>SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE TRABAJO</b>					
<i>Para calificar, cada padre / tutor en el hogar debe ser un trabajador esencial no puede trabajar de forma remota. El solicitante debe cumplir con la definición de un trabajador esencial priorizada. Por favor presente la documentación como prueba del estado de empleo de cada padre / tutor junto con esta solicitud. La documentación aceptable incluye un talón de pago dentro de los últimos 30 días o una carta de su empleador. Si envía una carta de su empleador, haga que enumeren 1) el nombre de la compañía; 2) el título de tu trabajo; 3) horas de trabajo estándar; y 4) su salario y frecuencia de pago (por ejemplo, semanal, quincenal).</i>					
<b>Información de trabajo del solicitante</b>					
Empleador / Nombre de la empresa:		Industria Tipo: <input type="checkbox"/> Atención médica, <input type="checkbox"/> Servicios Humanos <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Infraestructura		Título de trabajo:	
Dirección de casa:		Apt. No.:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Número de teléfono de trabajo:					
<b>Otra información de trabajo para padres / tutores</b>					
Empleador / Nombre de la empresa:		Título de trabajo:		Número de teléfono:	
Dirección:		Apt. No.:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
¿Este individuo tiene la opción de trabajar desde casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, explique por qué es necesario tener cuidado de niños.			



**COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO  
INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS**

**SECCIÓN 4 - PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS SOLICITADO**

Identificar por debajo de los días y horas que se necesita cuidado de niños. Solo se deben enumerar en esta sección los horarios en que ambos padres trabajan (incluido el tiempo de viaje de ida y vuelta al trabajo).

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Desde</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>A</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

**SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Por favor complete la siguiente sección para cada niño que necesita cuidado de niños de un proveedor de cuidado infantil de emergencia.

**Niño 1**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
----------------	-----------	----------------------	--	--

Origen étnico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico	

**Niño 2**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
----------------	-----------	----------------------	--	--

Origen étnico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico	

**Niño 3**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
----------------	-----------	----------------------	--	--

Origen étnico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico	

**Niño 4**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
----------------	-----------	----------------------	--	--

Origen étnico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico	

**Niño 5**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
----------------	-----------	----------------------	--	--

Origen étnico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las islas del Pacífico	

**SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO NIÑO**

ID de proveedor de CCMS de 15 dígitos	Tipo de proveedor <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Hogar exento de licencia
---------------------------------------	---

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
----------------	-----------	----------------------



**COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO  
INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS**

**SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO NIÑO**

Nombre Corporativo:	Doing Business As (DBA):	DCFS Emergency. Child Care Lic. #:		
Dirección de casa:	Apt. No.:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Primer nombre:	Apellido:		Fecha de Nacimiento:	

La relación de proveedor con lo(s) niño (s):

**SECCIÓN 7 - AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN**

He proporcionado toda la información requerida. Después de leer cada una de las siguientes declaraciones, certifico que :

- Soy responsable de la selección del proveedor (s) de cuidado de niños para mi hijo (s).
- Entiendo que debo estar trabajando como Trabajador Esencial Priorizado, definido como trabajar en Atención médica Servicios Humanos, los servicios gubernamentales esenciales (por ejemplo, correcciones, la policía, cuerpo de bomberos), o las infraestructuras esenciales (por ejemplo, por ejemplo, mantenimiento de las instalaciones, la construcción, las operaciones del aeropuerto) para ser elegible determinado para recibir los beneficios de cuidado de niños en este momento.
- Entiendo que si hay otro padre o tutor en el hogar, su compañía debe identificarlos como un trabajador esencial y se les debe exigir que trabajen fuera del hogar para poder determinar que son elegibles para recibir beneficios de cuidado infantil en este momento.
- La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y que puedo ser requerido para verificar la información que he proporcionado.
- Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que dar información falsa o no proporcionar la información correcta también puede dar lugar a un exceso de pagos que voy a tener que pagar y podría dar lugar a mi juicio por fraude.

**Mi firma es mi consentimiento y autorización para que el Departamento de Servicios Humanos de Illinois o sus agentes divulguen información que pueda establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el Programa de Asistencia de Cuidado niño**

Firma del padre / tutor:	Fecha:
--------------------------	--------

**Por favor enviar su solicitud completa a su CCR & R local, junto con la documentación de apoyo necesaria. Por favor, mantenga una copia de la solicitud presentada para su registro. Para encontrar su CCR & R local, visite: <https://www.inccrra.org/about/sdasearch>**



## COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO

## INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS

### INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

**DHS está ofreciendo asistencia de cuidado infantil como un apoyo a la prioridad esencial trabajadores que no tienen la opción de trabajar de forma remota. Este servicio debe ser tratada como una opción de último recurso. Si es posible, es mejor para sus hijos permanezcan en casa y practicar el distanciamiento social durante la pandemia COVID.**

Los trabajadores esenciales priorizados incluyen a aquellos que trabajan en operaciones de salud y salud pública: Trabajando en hospitales; clínicas; consultorios dentales; farmacias; entidades de salud pública; fabricantes y proveedores de servicios de salud; bancos de sangre; instalaciones de cannabis medicinal; proveedores de servicios de salud reproductiva; centros de cuidado ocular; proveedores de servicios de atención médica a domicilio; proveedores de salud mental y uso de sustancias; servicios auxiliares de atención médica, incluida la atención veterinaria y excluyendo gimnasios y gimnasios, spas, salones, peluquerías, salones de tatuajes e instalaciones similares., operaciones de servicios humanos, funciones gubernamentales esenciales (incluidas correcciones, cumplimiento de la ley, departamento de bomberos) e infraestructura esencial. Vea a continuación una explicación detallada de estos trabajos. Si usted tiene alguna pregunta sobre el estado de su trabajo, un correo electrónico o ir a [GOV.OECD@illinois.gov](mailto:GOV.OECD@illinois.gov) o <https://www2.illinois.gov/Pages/news-item.aspx?ReleaseID=21288>

**Los servicios de cuidado infantil de emergencia se brindan de acuerdo con la guía más reciente de IDPH y CDC.**

### SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES

**Nota: En una familia de 2 padres, ambos padres deben estar empleados y trabajar fuera del hogar. El padre que figura como el primer padre en la solicitud debe ser un Trabajador Esencial Priorizado que trabaje fuera del hogar durante el tiempo en que se solicita que se apruebe la atención para CCAP. Ambos padres deben proporcionar documentación que verifique su estado de trabajador (recibo de sueldo, carta del empleador ...)**

- Ingrese el nombre, apellido y fecha de nacimiento de los padres.
- Ingrese la dirección donde vive la familia.
- Ingrese la dirección postal donde los formularios y avisos pueden enviarse por correo a la familia.
  - o Si es lo mismo que la dirección particular, marque la casilla "MISMO COMO ARRIBA".
- Ingrese el condado en el que se encuentra la dirección particular.
- Marque "Masculino" o "Femenino" para el género del padre.
- Marque el idioma principal hablado por los padres.
  - o Algunos formularios y avisos se pueden imprimir en español.
- Ingrese el mejor número de teléfono para comunicarse con el padre e indique el tipo de teléfono (hogar, celular u otro).
- Proporcione la mejor dirección de correo electrónico donde se pueda enviar información a los padres.

### SECCIÓN 2 - OTRA INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES

**Si no hay un segundo padre o tutor que viva en el hogar con el solicitante y el (los) niño (s), escriba "N / A" en esta sección.**

- Ingrese el nombre, apellido y fecha de nacimiento del otro padre.
- Marque "Hombre" o "Mujer" para el género del otro padre.
- Ingrese el mejor número de teléfono para comunicarse con el otro padre e indique el tipo de teléfono (hogar, celular u otro).
- Proporcione la mejor dirección de correo electrónico donde se pueda enviar información al otro padre.

### SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE TRABAJO

**NOTA: Cada padre aparece en la solicitud debe presentar una prueba de que están trabajando como esencial Primada (primer padre) trabajador o un trabajador esencial (segundo padre) fuera de la casa. Esto puede incluir recibos de pago y / o una carta del empleador.**

**Información de trabajo del solicitante:**

- Ingrese el nombre del empleador actual de los padres.
- Marque el tipo de industria del empleo de los padres.
  - o Por ejemplo, si trabajan como custodios en un hospital, el Tipo de industria sería Atención médica. Si el padre está empleado como oficial de policía, bombero o paramédico, el Tipo de Industria sería "Servicios del Gobierno".
  - o Puede encontrar una explicación más detallada de los trabajos en estos tipos de industria a continuación y en este sitio web <https://www2.illinois.gov/Pages/news-item.aspx?ReleaseID=21288>.



## COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO

## INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS

### INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN (continuadas)

- Ingrese el título del trabajo de los padres (oficial de policía, oficial de corrección, enfermera ...).
- Ingrese la dirección del empleador de los padres.
  - o Trabajadores esenciales o esenciales prioritarios (segundo padre) Los trabajadores que trabajan de forma remota desde su hogar no calificarán para CCAP en este momento.
- Ingrese un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con el empleador de los padres.
  - o Este no es el número de teléfono directo del trabajo de los padres. Se debe usar el número de teléfono principal del empleador o el número de teléfono del supervisor.

#### Otra información de trabajo del padre / tutor:

- Ingrese el nombre del empleador actual del segundo padre.
- Ingrese el título del trabajo del segundo padre (cajero, conductor del camión de reparto, enfermera).
- Ingrese un número de teléfono con el que podamos contactar al empleador del segundo padre.
  - o Este no es el número de teléfono directo del trabajo del segundo padre. Se debe usar el número de teléfono principal del empleador o el número de teléfono del supervisor.
- Ingrese la dirección del empleador de los padres.
- Confirme si el segundo padre tiene la opción de trabajar desde casa marcando "Sí" o "No". Si

"Sí" está marcado, explique por qué está buscando cuidado infantil en este momento. o Trabajadores esenciales o esenciales prioritarios (segundo padre) Los trabajadores que trabajan de forma remota desde su hogar no calificarán para CCAP en este momento.

#### SECCIÓN 4 - PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS SOLICITADO

- Complete el cuadro con los días y horarios para los que solicita cuidado de niños. Asegúrese de tener en cuenta el tiempo de viaje hacia y desde el trabajo en su solicitud de horario. El cuidado de niños será aprobado por días y horas cuando ambos padres, cuando corresponda, estén trabajando.
  - o Esto determinará la cantidad de días a tiempo completo (5 horas o más) y días a tiempo parcial (menos de 5 horas) que se aprueban cada semana.
- Ingrese la hora de inicio en que se necesita cuidado infantil en la fila "De". Marque AM o PM según corresponda.
- Ingrese la hora de finalización en la que se necesita cuidado infantil en la fila "Para". Marque AM o PM según corresponda.
- Si no necesita cuidado infantil en un día particular de la semana, deje ese día en blanco.

#### SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN DEL NIÑO

- Ingrese toda la información para todos los niños que necesiten asistencia a través de CCAP que estén a cargo del proveedor que figura en la Sección 4.
  - o Los niños deben ser menores de 13 años, o menores de 18 años con una necesidad especial, para ser elegibles para el Programa de Asistencia de Cuidado de niño.
  - o La ciudadanía, el estado migratorio y el origen étnico de los padres del niño no se pueden considerar y no afectarán la determinación de elegibilidad del niño. La elegibilidad no será denegada en función del estado de ciudadanía de un niño.

#### Sección 6 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

**Nota:** Si nunca ha sido aprobado para el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil como proveedor de cuidado infantil, el CCR & R local se comunicará con usted para obtener información y le enviará los formularios que se deben pagar.

Las personas deben haber aprobado los resultados de la verificación de antecedentes en el archivo con DCFS para ser aprobados como proveedores de CCAP en este momento.



## COVID-19 SOLICITUD DE CUIDADO

## INFANTIL DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORITARIOS

### INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN (continuadas)

#### Se requiere la certificación de SSN o FEIN a través de un proceso W-9 para que el Estado emita pagos.

- Ingrese el ID de proveedor de CCMS de 15 dígitos del proveedor.
  - o Este número se asigna a los proveedores cuando se aprueban por primera vez para CCAP y aparecerían en todos los avisos de aprobación y certificados mensuales de cuidado infantil utilizados para la facturación.
  - o Si no tiene un número de identificación de proveedor de CCMS, deje este cuadro en blanco.
- El CCR & R se comunicará con usted para obtener la información y los documentos necesarios.
- Marcar el tipo de proveedor.
  - o Los proveedores de hogares con licencia de IDCFS pero que están bajo suspensión actual debido a COVID-19 deben marcar "hogar con licencia".
  - o Usted continuará recibiendo la tasa de licencia casa todos los días para los niños de CCAP, más cualquier complemento de las tasas que se aplican para el mes de los servicios facturados.
  - o Todos los proveedores de origen se limitan a 6 niños en el cuidado en un momento dado, incluyendo a los niños los proveedores propios menores de 13 años que viven en el hogar, independientemente de lo que fue la capacidad de la licencia. • Ingrese el nombre del proveedor de cuidado infantil si es un hogar con licencia o exento de licencia.
- Para los centros de cuidado infantil, ingrese el nombre corporativo del centro.
- Si un proveedor de origen ha sido aprobado para CCAP con el nombre de Doing Business As, ingréselo en el cuadro DBA.
- Los proveedores del centro deben ingresar su número de licencia de cuidado infantil de emergencia de DCFS para ser aprobados para CCAP en este momento hora.
- Ingrese la dirección donde se brinda la atención.
- Ingrese un número de teléfono y una dirección de correo electrónico con los que se pueda contactar al proveedor.
- Ingrese la fecha en que comenzó la atención o comenzará si en el futuro.

#### SECCIÓN 7 - AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN

- Los padres deben leer la Autorización de solicitud y firmar y fechar el formulario.

#### CATEGORÍAS DE TRABAJADORES ESENCIALES PRIORIZADOS.

##### Funciones esenciales del gobierno:

Todos los servicios proporcionados por los gobiernos estatales y locales debían garantizar el funcionamiento continuo de las agencias gubernamentales y garantizar la salud, la seguridad y el bienestar del público.

##### Operaciones de salud y salud pública:

Trabajando en hospitales; clínicas; consultorios dentales; farmacias; entidades de salud pública; fabricantes y proveedores de servicios de salud; bancos de sangre; instalaciones de cannabis medicinal; proveedores de servicios de salud reproductiva; centros de cuidado ocular; proveedores de servicios de atención médica a domicilio; proveedores de salud mental y uso de sustancias; servicios auxiliares de atención médica, incluida la atención veterinaria y excluyendo gimnasios y gimnasios, spas, salones, peluquerías, salones de tatuajes e instalaciones similares.

##### Operaciones de servicios humanos:

Cualquier proveedor financiado por DHS, DCFS o Medicaid; instalaciones de cuidado a largo plazo; entornos residenciales y en el hogar para adultos, personas mayores, niños y / o personas con discapacidades o enfermedades mentales; instalaciones de transición; oficinas de campo para alimentos, asistencia en efectivo, cobertura médica, cuidado de niños, servicios vocacionales o servicios de rehabilitación; centros de desarrollo; agencias de adopción; empresas que brindan alimentos, refugio y servicios sociales y otras necesidades de la vida para personas necesitadas, excluyendo guarderías, guarderías, guarderías grupales y guarderías con licencia como se especifica en la Sección 12 (s) de la orden.

##### Infraestructura esencial:

Trabajando en la producción, distribución y venta de alimentos; construcción; gestión y mantenimiento de edificios; operaciones aeroportuarias; operación y mantenimiento de servicios públicos, incluidos agua, alcantarillado y gas; eléctrico; centros de distribución; refinación de petróleo y biocombustibles; carreteras, autopistas, ferrocarriles y transporte público; puertos; operaciones de ciberseguridad; control de inundaciones; recogida y eliminación de residuos sólidos y reciclaje; e internet, video y sistemas de telecomunicaciones