

**INFORME PARA EL REEMBOLSO PROVENIENTE DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs) PARA GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

**Instrucciones:**

- Si usted tiene gastos aprobados de cuidado de niños y quiere un pago, complete este informe y devuélvaselo a su trabajador cada mes. Si no se recibe un informe completo cada mes, es posible que sus beneficios de cuidado de niños se retrasen, se nieguen o se descontinúen.
- Usted tiene que completar la PARTE A y cada proveedor de cuidado de niños tiene que completar la PARTE B, la cual se encuentra en la siguiente página de este formulario. Si necesita más copias, pídaselas a su trabajador.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Date Received:

Worker Number:

Case Name:

Case Number:

the boxes below when the status for each has been verified.

Total Hours Verified

Evening/weekend Hours

For License Exempt Provider

Applied For Trustline

Trustline Registered

Exempt From Trustline

RMR Changed

**PARTE A - EL BENEFICIARIO COMPLETA ESTA SECCION.**

1. MES/AÑO DE LA PETICION	2. NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NOMBRE DEL CASO, SI ES DIFERENTE	TELEFONO DEL HOGAR ( )
TELEFONO DEL TRABAJO, SI ES PERTINENTE ( )	DIRECCION (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		

3. Anote el número de horas que trabajó o participó en una actividad de CalWORKs aprobada por el condado, cada día del mes. (No escriba nada en los espacios bajo los días en que usted no fue a trabajar o no participó en una actividad aprobada por el condado.) Adjunte pruebas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DE HORAS

4. Anote sus horas regulares de trabajo o las horas de su actividad de CalWORKs aprobada por el condado. *Por ejemplo: lunes-jueves, desde las 8:00 de la mañana hasta las 5:00 de la tarde; sábado, desde la 1:00 de la tarde hasta las 5:00 de la tarde; domingo, desde la 1:00 de la tarde hasta las 4:00 de la tarde y desde las 6:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche.*

5. Tardo \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos cada día para ir y venir del lugar donde se proporciona el cuidado de niños al lugar donde trabajo y/o a otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CANTIDAD QUE SE PAGO

6. He cambiado de proveedor de cuidado de niños desde mi última petición para pagos de cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", se tiene que aprobar a su nuevo proveedor antes de que usted pueda recibir pagos.)  SI  NO

7. Estoy recibiendo de otra fuente subsidio en relación al cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", por favor describa.)  SI  NO

**CERTIFICACION**

Entiendo que:

- certifico que trabajé o participé en otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado los días y horas anotadas arriba.
  - se puede investigar y verificar cualquier declaración hecha en este formulario.
  - tengo que reportar a mi trabajador si el padre o madre de un niño que recibe cuidado de niños u otro niño viene a vivir a mi hogar, incluyendo a los recién nacidos.
  - tengo que reportar a mi trabajador si los ingresos de mi familia llegan o sobrepasan el límite de ingresos permitidos y han cambiado desde la última vez que se reportó el cuidado de niños
- |                       |                  |                      |                  |
|-----------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Tamaño de la familia* | Ingresos por mes | Tamaño de la familia | Ingresos por mes |
| 1-2                   | \$1820 por mes   | 3                    | \$1950 por mes   |
| 4                     | \$2167 por mes   | 5 o más              | \$2513 por mes   |
- \*El tamaño de la familia incluye a los adultos y niños con parentesco sanguíneo y parentesco por matrimonio o adopción que viven en el hogar del niño que recibe cuidado de niños.
- tengo derecho a escoger al proveedor de cuidado de niños que sea mejor para mí y mis hijos.
  - para que yo pueda recibir pagos de cuidado de niños, el proveedor tiene que tener licencia o estar exento de este requisito.
  - si escojo a un proveedor de cuidado de niños que esté exento de tener licencia, el proveedor tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline Registration*) o estar ya inscrito en ese Registro y tiene que cumplir con los requisitos de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que esté exento.
  - el condado no actúa como el empleador del proveedor de cuidado de niños, y no tiene una relación de negocios con el proveedor de cuidado de niños cuando se hace un pago de cuidado de niños.
  - si escojo el cuidado de niños en mi hogar, es posible que se considere que yo soy el empleador y seré responsable de cumplir con las leyes federales y estatales relacionadas al empleo.
  - tengo que reembolsar los pagos de cuidado de niños que no tenga derecho a recibir.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE A de este informe es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FECHA

**PARTE B - SOLAMENTE EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS COMPLETA ESTA SECCION.**

Mes/Año de la petición: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) O NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO						NO. DE SEGURO SOCIAL/NO. DE IDENTIFICACION PARA IMPUESTOS (OPCIONAL)	
DIRECCION DE DONDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ( )	
DIRECCION A DONDE SE MANDAN LOS PAGOS, SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR						TELEFONO ( )	
NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			

2. Proporcioné cuidado de niños en:  mi casa  casa del niño  hogar que proporciona cuidado de niños ( pequeño  grande)  guardería infantil

para la familia mencionada en la página 1 en \_\_\_\_\_ (mes/año), para los siguientes niños: Cuota pagada por la familia

Nombre del niño	Cantidad cobrada por niño	Cuota que se cobró	Especifique cómo se cobró (por hora, día, semana, mes)
A.			
B.			
C.			
D.			
<b>Total</b>			

3. Anote el número de horas que le proporcionó cuidado a cada niño cada día del mes:

Niño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
A.																																	
B.																																	
C.																																	
D.																																	

**Otra información:**

4. En relación a las casillas que se encuentran a continuación, marque (✓) la que sea pertinente para usted.

Certifico que soy un proveedor de cuidado de niños con licencia y que mi número válido de licencia es \_\_\_\_\_.

Certifico que no necesito una licencia de cuidado de niños porque (se requiere sólo una opción):

soy pariente del niño: niño A: \_\_\_\_\_, niño B: \_\_\_\_\_, niño C: \_\_\_\_\_, niño D: \_\_\_\_\_.

(PARENTESCO) (PARENTESCO) (PARENTESCO) (PARENTESCO)

en cualquier momento dado, cuido a mis propios hijos y a los hijos de solamente una familia más.

el establecimiento es una escuela exenta, pública o privada, que administra un programa de antes y/o después de la escuela para niños de edad escolar, siempre que el programa que la escuela ofrezca sea administrado por la escuela y dirigido por maestros que reúnan los requisitos y que estén empleados por el programa de recreación de la escuela o por el distrito escolar.

el establecimiento ofrece un programa de recreación público o privado.

**CERTIFICACION**

- Declaro que tengo por lo menos 18 años de edad.
- Declaro que proporcionaré el cuidado de niños mencionado arriba y que las horas de cuidado y el total de los costos mensuales mencionados arriba son verdaderos y correctos.
- Entiendo que si estoy exento del requisito de tener licencia, tengo que solicitar que se me inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline Registration*) y en el registro de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que sea tía, tío, abuela o abuelo de los niños bajo mi cuidado, o el cuidado se proporcione en una escuela o establecimiento de recreación.
- Entiendo que el número de Seguro Social, que se proporcionó arriba, podría usarse para verificar si también estoy recibiendo beneficios provenientes del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), estampillas para comida, y/o el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal), y que tengo que reportar estos ingresos a mi trabajador de elegibilidad.
- Entiendo que tengo que cobrarle al beneficiario mencionado en la página 1 de este formulario la misma cuota o una más baja que la que les cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- Entiendo que el condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios conmigo cuando recibo un pago de cuidado de niños.
- Entiendo que el no reportar datos o el dar información falsa o incompleta en este informe puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE B de este informe es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA