

Instrucciones para completar la Solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado de Carolina del Norte (SCCA) (formulario DCDEE-0456)

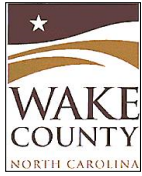
Lea estas instrucciones antes de completar el formulario. Use solo **tinta azul o negra**. Responda todas las preguntas completamente. Si algo no aplica, escriba "N/A".

Sección 1: Díganos quién es usted y dónde vive

- Complete su **nombre legal completo** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre).
 - Número de seguro social.
 - Proporcione su **fecha de nacimiento, género y dirección residencial completa** (incluya el número de apartamento si corresponde).
 - Si su dirección postal es diferente, introdúzcala también.
 - Incluya **correo electrónico, condado de residencia y números de teléfono** (casa, trabajo, celular).
 - Responder las preguntas sobre **personas sin hogar y viviendas temporales**.
 - Responder preguntas sobre la **ciudadanía estadounidense o el estado legal de no ciudadano** para usted y sus hijos.
 - Indique el **idioma principal de su hogar**.
 - Marque la **composición de su familia** y si vive en un fideicomiso de tierras federales o es miembro de una tribu.
 - Elija el **motivo por el que necesita cuidado infantil** (empleo, educación/capacitación, necesidades de desarrollo, CPS o CWS).
-

Sección 2: Cuéntenos sobre los ingresos de su familia

- Indique si su familia tiene **activos superiores a \$1,000,000**.
 - Para cada **fuentes de ingresos enumerada**, marque **Sí o No**.
 - Si "Sí", ingrese el **monto bruto, con qué frecuencia lo recibe y quién lo recibe**.
 - Incluya ingresos por salarios, manutención infantil, Seguro Social, TANF, desempleo, cupones de alimentos, discapacidad, pensión alimenticia, beneficios para veteranos y otras fuentes.
-



Sección 3: Enumere a todas las personas que viven en su hogar

- Comience con **su nombre** en la primera línea.
- Incluya el **nombre completo, género, fecha de nacimiento, edad y relación** de cada persona.
- Indique si existe una **orden de custodia** para algún niño.

Sección 4: Información sobre empleo, escuela o capacitación

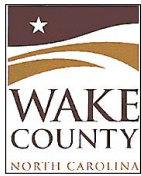
- Proporcione detalles de trabajo/escuela/capacitación para **usted y su cónyuge/otro padre** si viven en el mismo hogar.
- Adjunte **copias de todos los recibos** de sueldo del mes anterior a la presentación de la solicitud.
- Si está en la escuela/capacitación, adjunte el **horario de clases actual**.
- Incluya el nombre del empleador/escuela, dirección, persona de contacto, teléfono y **horas por semana**.

Sección 5: Información sobre los niños que necesitan atención

- Complete los datos de cada niño:
 - Nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, edad, raza, etnia.
 - Indique la **asistencia a la escuela**, la participación en el programa (NC Pre-K, Head Start) y las necesidades de cuidado (día completo, medio día, todo el año, solo año escolar, solo descansos).
 - Indique si el niño tiene alguna **necesidad especial**.
- Utilice espacio adicional en el formulario si es necesario.

Sección 6: Lea sus derechos y responsabilidades

- Revise cuidadosamente antes de firmar.
 - Comprenda que debe **informar los cambios dentro de los 10 días hábiles** (dirección, ingresos, empleo, proveedor de cuidado infantil, estado de inscripción del estudiante).
 - Usted es responsable de **las cuotas parentales** y de mantener registros de los pagos.
-



Sección 7: Firme y feche la solicitud

- Firme y feche la solicitud en la Sección 7.
- El **trabajador de cuidado infantil** también firmará y fechará.
- Proporcione el **nombre y la dirección del proveedor de cuidado infantil elegido**.
- Recuerde: **El Programa SCCA no pagará la atención brindada antes de la autorización por escrito**.

Sección 8: Registro de votantes

- Indique si está registrado para votar en su dirección actual.
- Puede optar por registrarse; esto **no afectará su elegibilidad**.

Sección 9: Adjunte los documentos requeridos

Antes de enviar, asegúrese de incluir:

- Copias de todos los **recibos de sueldo** del mes anterior.
- **Horario de clases/entrenamiento** si corresponde.
- **Declaración de impuestos más reciente** si trabaja por cuenta propia.
- Cualquier **orden de custodia** (si corresponde).
- **Información del proveedor de cuidado infantil** elegido.

Lista de verificación final antes del envío

- Todas las secciones se completan con **tinta azul o negra**.
- Todos los documentos requeridos adjuntos.
- La solicitud está firmada y fechada por el solicitante.
- Formulario de derechos y responsabilidades revisado, firmado y fechado.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese al 919.212.7052 o envíe un correo electrónico a childcaresubsidy@wake.gov.



SOLICITUD PARA CUIDADO DE NIÑOS

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES EN TINTA AZUL O NEGRA

1. Cuéntenos quién es y dónde vive.			
Apellido:		Nombre:	
Número de Seguro Social: (opcional)		Fecha de nacimiento	
Dirección de residencia:		Ciudad:	Estado: NC
Dirección postal: (si es diferente de la dirección residencial)		Ciudad:	Estado: NC
Dirección de correo electrónico:		Condado: (en el que vive)	
Casa:	Trabajo:	Celular:	
¿La familia estuvo sin hogar durante uno o más días durante el mes de esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOTA: Las personas sin hogar se definen como personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada.			
Condición de ciudadanía estadounidense	Marque todo lo que corresponda	¿Es su dirección actual una condición de vivienda temporal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Descalificación del programa ¿Alguna vez fue descalificado del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado en otro condado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
El solicitante es ciudadano estadounidense.		En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Vive con un pariente adulto <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel <input type="checkbox"/> Vive con alguien que no es pariente <input type="checkbox"/> Lugar no designado para dormir <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados <input type="checkbox"/> Refugio supervisado <input type="checkbox"/> Hospital durante 30 días o menos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico durante 30 días o menos <input type="checkbox"/> Desconocido	En caso afirmativo, coordinador médico de cuidado infantil: ver instrucciones
El niño es ciudadano estadounidense			
El niño no es ciudadano estadounidense			
El solicitante o el niño es un no ciudadano legal de los EE. UU. (reside en los EE. UU. legalmente)			
El niño no es ciudadano estadounidense, pero necesita atención para apoyar los servicios de protección infantil, el régimen de acogida o las necesidades de desarrollo.			
Composición familiar Marque uno:	Familias tribales		Idioma ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?
<input type="checkbox"/> Familia monoparental o tutora	¿Reside en un Fideicomiso de Tierras Federales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguas nativas de América Central, América del Sur <input type="checkbox"/> Idiomas mexicanos <input type="checkbox"/> Idiomas caribeños <input type="checkbox"/> Idiomas de Oriente Medio o Asia del Sur <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia Oriental <input type="checkbox"/> Idiomas nativos de América del Norte/Alaska <input type="checkbox"/> Idiomas de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Idiomas europeos o eslavos <input type="checkbox"/> Idiomas africanos <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, lenguaje de señas norteamericano) <input type="checkbox"/> No especificado
<input type="checkbox"/> Familia con dos padres o tutora			
<input type="checkbox"/> Hijo adoptivo de una familia monoparental			
<input type="checkbox"/> Hijo adoptivo de una familia con dos padres			
<input type="checkbox"/> Niño de acogida con un niño			
Razón para que se necesiten servicios para el cuidado infantil Marque uno:	En caso afirmativo, ¿es usted un miembro tribal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Empleo			
<input type="checkbox"/> Educación/capacitación			
<input type="checkbox"/> Necesidades de desarrollo			
<input type="checkbox"/> CPS			
<input type="checkbox"/> CWS			

2. Cuéntenos sobre su familia.

¿La familia tiene activos que exceden \$1,000,000? Sí No

Fuentes de ingresos (usted debe marcar Sí o No para cada fuente. *Cualquier opción que no esté marcada se registrará como No.*)

Fuente	Marque Sí o No	Monto bruto	¿Con qué frecuencia se recibe?	¿Quién recibe el dinero?	Fuente	Marque Sí o No	Monto bruto	¿Con qué frecuencia se recibe?	¿Quién recibe el dinero?
Empleo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Manutención infantil	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Vales de vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Seguridad social	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
TANF (Independencia Familiar)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Desempleo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Ingresos por discapacidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SSI u otros beneficios federales en efectivo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Indemnización laboral	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Pensión de veteranos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Otro: (especifique)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Otro: (especifique)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

3. Díganos quién vive en su casa. (Escriba su nombre en la primera línea).

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Edad	¿Cómo se relaciona esta persona con usted?	¿Existe una orden de custodia actual?
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4. Díganos dónde trabaja o asiste a la escuela o capacitación.

Para el empleo, incluya copias de todos los talones de cheques del mes anterior a la fecha en que envíe esta solicitud.

Solicitante/adulto responsable nro. 1 Información de trabajo/escuela/capacitación		Solicitante/adulto responsable nro. 2 (cónyuge o el otro padre del hijo, si está en el mismo hogar) Relación con el solicitante/RA nro. 1 _____ Información de trabajo/escuela/capacitación	
Nombre del solicitante/adulto responsable nro. 1:		Nombre del solicitante/adulto responsable nro. 2:	
Situación laboral/escolar/de capacitación: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Con discapacidad		Situación laboral/escolar/de capacitación: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado/asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela/capacitación <input type="checkbox"/> Con discapacidad	
Empleados:	Programa de capacitación/escuela al que asiste:	Empleados:	Programa de capacitación/escuela al que asiste:
Dirección del empleador: (incluidos ciudad, estado y código postal)	Dirección de la escuela/capacitación:	Dirección del empleador: (incluidos ciudad, estado y código postal)	Dirección de la escuela/capacitación:
Contacto en el trabajo:	Contacto en la escuela/capacitación:	Contacto en el trabajo:	Contacto en la escuela/capacitación:
Número de teléfono del contacto:	Número de teléfono del contacto:	Número de teléfono del contacto:	Número de teléfono del contacto:
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Cuántas horas asiste a la escuela/recibe capacitación cada semana?	¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿Cuántas horas asiste a la escuela/recibe capacitación cada semana?

El espacio para ingresar niños adicionales se proporciona en la página siguiente.

5. Cuéntenos sobre los niños que necesitan servicios de cuidado infantil.						
Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que corresponda			Información adicional	Marque Sí o No	
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Etnicidad	Responda Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que corresponda			Información adicional	Marque Sí o No	
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Etnicidad	Responda Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que corresponda			Información adicional	Marque Sí o No	
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Etnicidad	Marque Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

5. Cuéntenos sobre los niños que necesitan servicios de cuidado infantil, continuación...

Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que corresponda			Información adicional		Marque Sí o No
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Etnicidad	Marque Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que corresponda			Información adicional		Marque Sí o No
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Etnicidad	Marque Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre del menor:		Apellido del menor:		SSN: (opcional)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Raza	Marque todo lo que correspond			Información adicional		Marque Sí o No
Indio americano nativo o nativo de Alaska				¿El niño asiste actualmente a la escuela?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Negro o afroamericano				En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico		Otros programas	Marque Sí o No	¿Asiste solo medio día?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asiático		¿NC Pre-K?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Asiste el día completo?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Blanco		¿Head Start?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se necesita cuidado infantil todo el año?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Etnicidad	Marque Sí o No	¿El niño tiene una necesidad especial?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Solo se necesita cuidado infantil para el año escolar?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hispano/latino	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Se necesita cuidado infantil solo para las vacaciones escolares y las vacaciones de verano?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

6. Lea los siguientes Derechos y responsabilidades del solicitante. GUARDE ESTO PARA SUS REGISTROS.

Derechos del solicitante

Los solicitantes de asistencia pública tienen derecho a lo siguiente:

1. Solicitar y, si reúne los requisitos, recibir asistencia. Volver a presentar la solicitud en cualquier momento si esta es denegada o retirada.
2. Recibir la opción de ser incluido en la lista de espera si el Programa de SCCA de su condado no tiene fondos disponibles.
3. Recibir un aviso de redeterminación, al menos, 30 días antes del final de su período de certificación actual de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado.
4. A que toda la información que usted proporciona a la agencia sea considerada confidencial y no se divulgue a menos que la ley lo exija. Tenga en cuenta que la información que usted proporciona a esta agencia puede almacenarse en una base de datos informática.
5. Contar con servicios de interpretación o traducción sin costo cuando se comunique con la agencia.
6. Recibir ayuda para completar una solicitud o para reunir la información necesaria a fin de determinar la elegibilidad.
7. Solicitar asistencia para nuevos miembros o miembros adicionales del hogar en cualquier momento.
8. Retirar una solicitud o solicitar la finalización de los beneficios que recibe en cualquier momento.
9. Recibir un aviso de cualquier información que se necesite para determinar su elegibilidad, así como del resultado de su solicitud o de cualquier cambio en sus beneficios.
10. Recibir su asistencia hasta que el aviso de cancelación haya expirado o hasta que sea retenido mediante el procedimiento correspondiente.
11. Tenga en cuenta que se obtienen datos raciales y étnicos sobre los miembros del hogar participantes. Esta información es voluntaria. Si decide no proporcionarla, ni su elegibilidad ni el monto del beneficio o la asistencia se verán afectados.
12. Estar protegido por ley contra la discriminación por raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad o afiliación política DHHS sigue los estándares establecidos por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles.
13. Formular preguntas sobre las reglas y los requisitos del programa.
14. Solicitar una audiencia ante el Department of Social Services del condado y de la División de Servicios Sociales del estado. Los requisitos de audiencia pueden ser diferentes para cada programa. Consulte la **Sección 9** Derechos de audiencia para solicitantes.

Responsabilidades del solicitante

1. Informar los cambios a su trabajador social de cuidado infantil dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que ocurran los cambios, incluido lo siguiente:
 - Cambio de información de contacto, que incluye la dirección y el número de teléfono.
 - Aumento de los ingresos que exceda el 85% del ingreso medio estatal (SMI) (esto NO debe incluir fluctuaciones irregulares de ingresos) basado en el gráfico del SMI publicado en el sitio web de la DCDEE.
 - El beneficiario ya no es empleado, ya no está en un entorno educativo, o tiene cualquier otro cambio temporal en su necesidad de cuidado infantil o se necesita o desea el cambio en la elección del proveedor del destinatario.
 - El destinatario necesita o quiere poner fin a los servicios de cuidado infantil.
2. Informar las ausencias a su trabajador social de cuidado infantil cuando sus hijos estén ausentes del acuerdo de cuidado infantil por más de cinco (10) días durante un mes o si su hijo ya no estará inscrito en el centro o en el hogar.
3. Pagar los honorarios de los padres determinados por su trabajador social de cuidado infantil al proveedor de su hijo. La falta de pago de estos honorarios de forma regular y puntual puede dar como resultado la baja de los servicios de cuidado infantil. No será elegible para los servicios de cuidado infantil hasta que se paguen los honorarios de los padres. Además, debe solicitar un recibo del proveedor cada vez que pague los honorarios de cuidado infantil.
4. Responder a todos los contactos del Department of Social Services (DSS) del condado o de la Agencia Local de Compras (LPA) con respecto a su elegibilidad continua dentro del marco de tiempo solicitado. La falta de respuesta puede resultar en la terminación de los servicios. Si sus servicios de cuidado infantil se terminan y continúa necesitando ayuda para pagar el cuidado infantil, debe solicitar que se agregue su nombre a la lista de espera de cuidado infantil si existe una lista.
5. Proporcionar la información obligatoria para que se pueda determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Si no hay información escrita disponible, al firmar este formulario, usted le otorga permiso al trabajador para verificar la información, por ejemplo, los ingresos, ya sea por teléfono o a través de otros documentos archivados en el DSS u otras agencias.

TERGIVERSACIÓN FRAUDULENTO

Si usted hace una declaración o representación falsa con respecto a un hecho esencial con la intención de engañar, o no revela un hecho esencial, y como resultado obtiene, intenta obtener o continúa recibiendo un subsidio para el cuidado infantil; entonces, usted puede ser declarado culpable del delito de tergiversación fraudulenta según el Estatuto General de North Carolina 110-107. El fraude de subsidios es un delito en el estado de North Carolina. De acuerdo con la Ley de North Carolina, a cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o retenga información para recibir dinero a través de un subsidio por cuidado infantil se le puede iniciar acciones legales ante la justicia penal e, incluso, ser condenada a prisión.

Si tiene una primera instancia de tergiversación fraudulenta, debe reembolsar el monto del subsidio de cuidado infantil por el cual usted no era elegible, y será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Usted tiene derecho a apelar la decisión tomada.

Si usted es condenado por tergiversación fraudulenta por un tribunal de jurisdicción competente, también será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado y no se podrá apelar la sanción impuesta.

7. Por mi firma a continuación:

Certificación del solicitante/representante autorizado: certifico que leí, o me leyeron, la Declaración del Solicitante al dorso de este formulario, que mi trabajador social de cuidado infantil explicó la información en la parte posterior de este formulario y que la información que se proporcionó, como se refleja en este formulario, es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del solicitante/representante autorizado: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del trabajador social de cuidado infantil: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del proveedor de cuidado infantil seleccionado: _____

Dirección del proveedor de cuidado infantil seleccionado: _____

NOTA: El programa de SCCA NO pagará por ningún niño que sea atendido antes de recibir una autorización por escrito.

8. Registro de votantes

¿Está registrado para votar en la dirección donde vive? __Sí __No Si no es así, ¿le gustaría registrarse hoy? __Sí __No

Si no marca una opción, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el importe de la asistencia que esta agencia le brindará. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien interfirió con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o presentar una solicitud para su registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de North Carolina. Si necesita ayuda, llame a la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de North Carolina al 1-866-522-4723.

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Completó todas las secciones de la solicitud?
- ¿Firmó y fechó esta solicitud?
- ¿Adjuntó copias de sus recibos de pago? Incluya copias de todos los talones de cheques del mes anterior a la fecha en que envíe esta solicitud.
- Si asiste a la escuela o a un programa de capacitación, ¿adjuntó una copia del cronograma?
- Si trabaja por cuenta propia, ¿adjuntó sus formularios de impuestos sobre el ingreso más recientes?
- ¿Firmó y recibió la documentación de derechos y responsabilidades?
- ¿Seleccionó un proveedor de cuidado infantil?
- ¿Recibió información sobre Developmental Screenings y otros programas para los que puede ser elegible?
- Recibió información sobre el registro de votantes.

Si no está seguro de qué enviar o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su LPA/DSS local.

9. Información del Programa SCCA - GUARDE ESTO PARA SUS REGISTROS

Este formulario también sirve como su registro de la información que usted proporcionó y se utiliza para determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil.

Su firma en la **Sección 7** del formulario certifica que usted fue informado y acepta los derechos y responsabilidades que se detallan en la siguiente declaración. **No devuelva esta parte de la solicitud, guárdela para sus registros.**

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que soy responsable de proporcionar a mi trabajador social de cuidado infantil de la agencia local de compras cierta información necesaria para determinar la elegibilidad para los servicios solicitados. Además, entiendo que si soy descalificado del programa de subsidios debido a actos fraudulentos (consulte Fraude de Cuidado Infantil en la siguiente sección), no reuniré los requisitos para el subsidio de cuidado infantil en ningún condado. La información que proporcioné se refleja en este formulario y representa una declaración verdadera y completa de los hechos de acuerdo con mi leal saber y entender. También entiendo que la información que proporcioné puede estar sujeta a verificación y que se me puede pedir, en este momento o con posterioridad, que proporcione documentación que respalde la información que le brindo a mi trabajador social de cuidado infantil. Acepto notificar a mi trabajador social de cuidado infantil de la Agencia Local de Compras / el Department of Social Services del condado (Local Purchasing Agency, LPA/Department of Social Services, DSS) dentro de los diez (10) días hábiles de cualquier cambio en la dirección, el empleo, los ingresos, el horario de capacitación escolar o laboral (si corresponde), los arreglos de vivienda o el tamaño de la familia de aquellos para quienes se solicitan los servicios.

Entiendo que la información que proporciono a mi trabajador social de cuidado infantil se mantendrá en estricta confidencialidad y no se revelará a nadie sin mi consentimiento por escrito, excepto la información necesaria para determinar la elegibilidad y la información que puede revelarse en el curso de las auditorías y el monitoreo de la agencia. Mediante este documento, autorizo la divulgación de cualquier información, informes y cualquier información de la Administración del Seguro Social a mi trabajador social de cuidado infantil que sea necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado.

TERGIVERSACIÓN FRAUDULENTE

El fraude es un delito penal. Entiendo que es contrario a la ley realizar declaraciones falsas u ocultar si usted hace una declaración o representación falsa con respecto a un hecho esencial con la intención de engañar, o no revela un hecho esencial, y como resultado obtiene, intenta obtener o continúa recibiendo un subsidio para el cuidado infantil; entonces, usted puede ser declarado culpable del delito de tergiversación fraudulenta según el Estatuto General 110-107 de North Carolina. El fraude de subsidios es un delito en el estado de North Carolina. De acuerdo con la Ley de North Carolina, a cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o retenga información para recibir dinero a través de un subsidio por cuidado infantil se le puede iniciar acciones legales ante la justicia penal e, incluso, ser condenada a prisión.

Si tiene una primera instancia de tergiversación fraudulenta, debe reembolsar el monto del subsidio de cuidado infantil por el cual usted no era elegible, y será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Usted tiene derecho a apelar la decisión tomada.

Si usted es condenado por tergiversación fraudulenta por un tribunal de jurisdicción competente, también será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado y no se podrá apelar la sanción impuesta.

CÓMO OBTENER UNA AUDIENCIA JUSTA

Entiendo que tengo derecho a solicitar y obtener una audiencia justa si la Agencia Local de Compras no actúa sobre mi solicitud con una prontitud razonable (es decir, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que se recibe la solicitud o si no estoy de acuerdo con la acción de la LPA en respuesta a mi solicitud. Entiendo que la decisión de la agencia de ninguna manera afecta a Medicaid, WFFA, cupones de alimentos o cualquier otra asistencia o ingreso de servicio. Si reúno los requisitos, entiendo que los servicios se proporcionarán u organizarán dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la notificación de la disponibilidad de dicho servicio.

Si se deniega su solicitud para servicios de cuidado infantil y desea solicitar una audiencia justa, debe comunicarse con el supervisor/coordinador de cuidado infantil de la Agencia Local de Compras dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha de la acción.

Se programará una audiencia para usted con un funcionario del Department of Social Services del condado. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en esa audiencia, es posible que tenga una audiencia con un funcionario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC.

En cualquiera de estas audiencias, puede solicitar que alguien lo represente, por ejemplo, un familiar, un asistente legal o un abogado pagado por usted. Es posible que tenga a disposición servicios legales gratuitos en su comunidad. Comuníquese con su oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame a la línea gratuita 1-866-219-5262.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, comuníquese con su trabajador social de cuidado infantil lo antes posible.

TIPOS DE INGRESOS PARA INFORMAR

Sueldos o salarios; ingresos brutos ajustados procedentes del trabajo por cuenta propia; seguridad social; dividendos, intereses, ingresos de patrimonios, fideicomisos o regalías; ingresos brutos ajustados por alquiler; asistencia pública o pagos de asistencia social; pensiones; anualidades; prestaciones de jubilación; indemnización laboral o beneficios de huelga; indemnización por accidentes de trabajo; pensión alimenticia; manutención de los hijos; beneficios para veteranos; beneficios de capacitación en el trabajo; pago de las Fuerzas Armadas; programas suplementarios de trabajo; subsidios para el cuidado infantil.

Derechos y responsabilidades de North Carolina para la asistencia pública

Sección 1: Derechos y responsabilidades del solicitante

Si usted está solicitando o recibiendo asistencia en North Carolina, tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

Sus derechos:

- Solicitar y, si es elegible, recibir asistencia. Si su solicitud es denegada o retirada, vuelva a presentarla en cualquier momento. Si el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado de su condado no tiene fondos disponibles, se le puede dar la opción de ser incluido en la lista de espera.
- A que toda la información que usted proporciona a la agencia sea considerada confidencial y no se divulgue a menos que la ley lo exija. Tenga en cuenta que la información que usted proporciona a esta agencia puede almacenarse en una base de datos informática.
- Contar con servicios de interpretación o traducción sin costo cuando se comunique con la agencia.
- Recibir ayuda para completar una solicitud o para reunir la información necesaria a fin de determinar la elegibilidad.
- Pedir asistencia para nuevos miembros o miembros adicionales del hogar en cualquier momento.
- Retirar una solicitud o solicitar la finalización de los beneficios que recibe en cualquier momento. Recibir un aviso por escrito de cualquier información que se necesite para determinar su elegibilidad, así como del resultado de su solicitud o de cualquier cambio en sus beneficios.
- Recibir asistencia hasta que el aviso de cancelación haya expirado o hasta que sea retenido mediante el procedimiento correspondiente.
- Tenga en cuenta que se obtienen datos raciales y étnicos sobre los miembros del hogar participantes. Esta información es voluntaria. Si decide no proporcionarla, ni su elegibilidad ni el monto del beneficio o la asistencia se verán afectados.
- De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o venganzas por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS, los programas que reciben asistencia financiera federal del Department of Health and Human Services (HHS) de los Estados Unidos, como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS opera directamente también tienen prohibido la discriminación. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.
- A los efectos de los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS): Los beneficios o el nivel de beneficios no se ven afectados si no se responde a la etnia o la raza. Cuando no se proporciona la información, la agencia recopilará la información mediante observación durante la entrevista. Dar esta información ayudará a garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o el origen nacional (esta información se utiliza solo con fines estadísticos).
- No necesitará una dirección permanente mientras planea quedarse en North Carolina. Para la Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiada y los FNS, debe residir en el condado en el que presenta su solicitud.
- Formular preguntas sobre las reglas y los requisitos del programa.
- Solicitar una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales del condado y de la División de Servicios Sociales del estado. Los requisitos de audiencia pueden ser diferentes para cada programa. Consulte la Sección 3: Derechos de audiencia.

Sus responsabilidades:

- Proporcionar toda la información solicitada y certificar que toda la información proporcionada sobre su situación y sobre todas las personas para las que está solicitando o recibiendo beneficios es verdadera y completa.
- Informar oportunamente al Departamento de Servicios Sociales del condado si recibe beneficios o asistencia incorrectos.
- Informar los cambios en su situación oportunamente al Departamento de Servicios Sociales del condado tal como lo exige la política del programa. Si no está seguro de si necesita informar algo o no, llame a su trabajador social. Los requisitos de informar pueden ser diferentes para cada programa. Consulte la Sección 4: Derechos y responsabilidades del programa.
- Proporcionar al Departamento de Servicios Sociales del condado o a la agencia de compras local, a los funcionarios estatales y federales, previa solicitud, la información necesaria para determinar la elegibilidad.
- Cooperar con el personal local, estatal y federal en las revisiones de control de calidad.
- Entender que debe usar cualquier tarjeta de identificación médica, tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) o

cupón de cuidado infantil que reciba solo para las personas que aparecen en la tarjeta/el cupón. Es contra la ley dar su identificación médica, su tarjeta de EBT o cupón de cuidado infantil a otra persona y podría ser procesado por fraude.

- Solicitar todos los beneficios para los que pueda tener derecho (por ejemplo, beneficios de desempleo, beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, etc.), incluido el hecho de recibir el beneficio máximo para el cual usted es elegible cuando solicita o recibe asistencia médica, asistencia en efectivo o asistencia especial.
- Informar cualquier manutención infantil o conyugal que se le pague directamente a usted. Esta información debe ser informada y, en algunos programas, se tendrá en cuenta para determinar su elegibilidad.

Sección 2: Información que necesita conocer

Fraude

- Según la ley de North Carolina, las personas deben proporcionar toda la información que se necesita para decidir si pueden recibir beneficios o asistencia.
- Si usted proporciona información falsa o retiene información intencionalmente, puede ser castigado legalmente por fraude.
- Es posible que se le pida que devuelva los beneficios o la asistencia que se pagaron incorrectamente.
- Si alguien es condenado por brindar información falsa sobre su residencia con el fin de recibir los beneficios del Programa Work First o del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición en más de un lugar, no será elegible para recibir estos beneficios por 10 años.

Identidad/Ciudadanía

- Debe informarnos y proporcionar documentos, si lo requiere la política del programa, sobre la condición migratoria y la ciudadanía de todos los miembros de su hogar que soliciten o reciban beneficios o asistencia, para determinar la elegibilidad. La firma de este formulario indica, bajo pena de perjurio, que ha dicho la verdad sobre la información dada en la solicitud, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero de todos los miembros que solicitan beneficios o asistencia. Los miembros del hogar que no son solicitantes no están obligados a dar información sobre su condición migratoria o ciudadanía. Esto significa que, si no está presentando esta solicitud en nombre de alguien en su hogar, no está obligado a informarnos su condición migratoria o ciudadanía. Para la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiada, si su ciudadanía es cuestionable, se le pedirá que proporcione una verificación de su condición actual.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante calificado o extranjero elegible para recibir beneficios o asistencia. Se pueden aplicar excepciones a la asistencia médica en situaciones de emergencia y a la Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado para servicios de protección infantil y cuidado de crianza.
- La información proporcionada para verificar su condición migratoria se utilizará para hacer corroborar la información con un servicio web llamado Verificación Sistemática de Derechos para Extranjeros (SAVE). Si se requiere información adicional, podemos consultar con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

Manutención de los hijos/Cesión de derechos

- Como condición para la elegibilidad para algunos programas de beneficios, la ley exige que el cuidador de un niño que recibe asistencia pública coopere con las agencias de Servicios Sociales y Protección del Menor para establecer un caso de manutención. Medicaid no exige que un cuidador coopere con Protección del Menor a menos que esté solicitando o recibiendo beneficios para sí mismo. La Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado no exige que usted coopere con la Aplicación de manutención infantil.
- La asistencia médica o infantil pagada a Protección del Menor se utiliza para pagar los beneficios del Programa de Asistencia Familiar Work First o de Medicaid que recibe por sus hijos.
- Puede alegar una buena causa para no cooperar. Notifique a su trabajador social si cree que tiene una buena causa.
- Entiendo que esta cesión de derechos continúa mientras que cualquier persona por la que esté presentando la solicitud reciba Work First o Medicaid.

Números del Seguro Social

- Los miembros del hogar que no son solicitantes no están obligados a proporcionar un número del Seguro Social. Debe comunicar al Departamento de Servicios Sociales del condado todos los números del Seguro Social de todos los solicitantes. El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado no exige que usted proporcione uno o varios números del Seguro Social.

- Estos números se corroborarán electrónicamente con otros registros de agencias gubernamentales (pero no con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración) para verificar la información. Esto incluye la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, la División de Seguridad del Empleo, las agencias de bienestar fuera del estado y cualquier otra agencia necesaria que deba verificar la información que se necesita para determinar la elegibilidad. Tiene derecho a pedir que su solicitud sea retirada o denegada, o a solicitar que se termine la asistencia si no desea recibirla.
- La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 exige la presentación de un número del Seguro Social de parte de los solicitantes que buscan recibir beneficios.
- Las personas que solo solicitan los servicios de Emergency Medicaid no están obligadas a proporcionar un número del Seguro Social.
- El trabajador social puede ayudarlo a obtener un número del Seguro Social.

Recuperación de patrimonio (solo asistencia médica)

- Las leyes federales y estatales exigen que la División de Asistencia Médica (DMA) presente un reclamo contra el patrimonio de ciertas personas para recuperar el importe pagado por el programa Medicaid durante el tiempo en que la persona recibió asistencia con ciertos servicios médicos. Pídale a su trabajador social información específica sobre qué servicios son aplicables a la recuperación de patrimonio.

Asistencia médica/Cesión de derechos (solo asistencia médica)

- Se debe nombrar a North Carolina como beneficiario residual de las anualidades adquiridas después del 1 de noviembre de 2007.
- Comprenda que, al aceptar asistencia médica para usted u otros miembros de su hogar, acepta devolver al Estado todo el dinero que se reciba de cualquier compañía de seguros para el pago de facturas médicas u hospitalarias por las cuales el programa de asistencia médica haya pagado o vaya a pagar.

Comentarios

- Una revisión de elegibilidad puede completarse periódicamente dependiendo del tipo de asistencia que esté recibiendo.
- Si recibe un aviso de revisión o un informe, debe completar, firmar y enviar todos los formularios y verificaciones que se hayan solicitado al Departamento de Servicios Sociales del condado antes de la fecha límite impresa en el formulario tal como se indica en las instrucciones. La asistencia podría cancelarse o retrasarse si la revisión o el informe no se completan o se envían a tiempo.
- Si se le exige que tenga una entrevista y no lo hace, esto causará un retraso o la denegación de la asistencia. Para los servicios de Cuidado Infantil, el hecho de no completar una entrevista solicitada resultará en la terminación de los servicios de Cuidado Infantil. Usted es responsable de reprogramar una entrevista perdida y de proporcionar la información de verificación requerida.

Sección 3: Derechos de audiencia

Sus derechos a una audiencia:

- Usted tiene derecho a una audiencia si se le negó o se lo desalentó de presentar una solicitud de beneficios. Para la Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado, no puede solicitar una audiencia si el condado donde reside no tiene disponibilidad de fondos.
- Usted tiene derecho a una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su caso de Medicaid o de Servicios de Alimentos y Nutrición.
- Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia si se le niega su solicitud, se cierra su caso, se cambia su beneficio o no se actúa oportunamente con respecto a su caso. Los requisitos del programa están enumerados en la Sección 4: Derechos y responsabilidades del programa.
- Para Asistencia Familiar Work First (WFFA), Asistencia para el Cuidado Infantil subsidiada, asistencia médica, asistencia especial y energética, el tiempo estándar para solicitar una audiencia es de 60 días a partir de la fecha de su notificación. Para los Servicios de Alimentos y Nutrición, el tiempo estándar para solicitar una audiencia es de 90 días a partir de la fecha de su notificación.
- Puede solicitar la audiencia en persona, por teléfono o por escrito. Comuníquese con su trabajador social para solicitar una audiencia. Cuando la política lo exija, se llevará a cabo una audiencia local dentro de los 5 días posteriores a su solicitud, a menos que solicite que se posponga. La audiencia puede posponerse, por buenos motivos, hasta 10 días calendario. Si cree que la decisión de la audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su trabajador social DENTRO DE LOS 15 DÍAS para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se realiza ante un funcionario de audiencias estatal.

- Si solicita una audiencia para los FNS, existe la opción de una conferencia local, pero no es obligatoria.
- Si solicita una audiencia para Work First y vive en ciertos condados, la segunda audiencia es ante un funcionario del condado.
- Para la Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado, las audiencias estatales y locales solo se pueden solicitar a nivel de condado.
- Si solicita una audiencia sobre una determinación de discapacidad, no hay una audiencia local. Un funcionario de audiencias estatal lleva a cabo la audiencia de discapacidad.
- Puede solicitar que alguien lo represente en su audiencia, por ejemplo, un familiar, un asistente legal o un abogado pagado por usted. Puede tener a disposición servicios legales gratuitos en su comunidad. Comuníquese con su oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame a la línea gratuita 1-866-219-5262.
- Usted (o la persona que habla por usted) puede ver su registro en cualquier momento, excepto la información de terceros. Si lo solicita, también puede ver información adicional para utilizar en la audiencia.
- Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con su trabajador social para obtener información, o llame al DHHS Customer Service Center sin cargo al 1-800-662-7030. También se encuentra disponible el servicio de TDD/Voz para personas con discapacidad auditiva a través del número del DHHS Customer Service Center. El DHHS Customer Service Center está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos estatales. Las personas que tienen poco dominio del inglés pueden solicitar los servicios de un especialista bilingüe en información y remisiones.

Sección 4: Derechos y responsabilidades del programa

Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado

- El tiempo estándar para completar y procesar una solicitud de Asistencia para el Cuidado Infantil subsidiado es de 30 días calendario a partir de la fecha de solicitud.

Sus derechos:

- Recibir un aviso de redeterminación al menos 30 días antes del final de su período de certificación actual de Asistencia para el Cuidado Infantil subsidiada.

Sus responsabilidades:

- Informar los cambios a su trabajador de cuidado infantil dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que ocurran los cambios, incluyendo:
 - Cambio de información de contacto, incluyendo la dirección y el número de teléfono.
 - Aumento de los ingresos que exceda el 85 % del ingreso medio estatal (SMI) (esto NO debe incluir fluctuaciones irregulares de ingresos) basado en el gráfico del SMI publicado en el sitio web de la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana (Division of Child Development and Early Education, DCDEE).
 - Cambio permanente en el estado del beneficiario como trabajador o asistente a un programa de capacitación o educación laboral o cualquier otro cambio permanente en su necesidad de cuidado infantil.
 - La necesidad o el deseo de realizar un cambio en la elección del proveedor de parte del destinatario. ○ El destinatario necesita o quiere poner fin a los servicios de cuidado infantil
- Informar las ausencias a su trabajador de cuidado infantil cuando sus hijos estén ausentes del acuerdo de cuidado infantil por más de cinco (5) días durante un mes o si su hijo ya no estará inscrito en el centro o en el hogar.
- Pagar los honorarios de los padres determinados por su trabajador de cuidado infantil al proveedor de su hijo. La falta de pago de estos honorarios de forma regular y puntual puede resultar en la terminación de los servicios de cuidado infantil. No será elegible para los servicios de cuidado infantil hasta que se paguen los honorarios de los padres. Además, debe solicitar un recibo del proveedor cada vez que pague los honorarios de cuidado infantil.
- Responder a todos los contactos del DSS del condado o de la agencia de compras local (LPA) con respecto a su elegibilidad continua dentro del marco de tiempo solicitado. La falta de respuesta puede resultar en la terminación de los servicios. Si sus servicios de cuidado infantil se terminan y continúa necesitando ayuda para pagar el cuidado infantil, debe solicitar que se agregue su nombre a la lista de espera de cuidado infantil si existe una lista.
- Proporcionar la información requerida para que se pueda determinar la elegibilidad para la Asistencia para el Cuidado Infantil Subsidiado. Si no hay información escrita disponible, al firmar este formulario, usted le otorga permiso al trabajador para verificar la información, por ejemplo, los ingresos, ya sea por teléfono o a través de otros documentos archivados en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado u otras agencias.
- Si usted hace una declaración o representación falsa con respecto a un hecho esencial con la intención de engañar, o no revela un hecho esencial, y como resultado obtiene, intenta obtener o continúa recibiendo un subsidio para el cuidado infantil; entonces, usted puede ser declarado culpable del delito de tergiversación fraudulenta según el Estatuto General de North Carolina 110-107. El fraude de subsidios es un delito en el estado de North Carolina. De acuerdo con la Ley de North

Carolina, cualquier persona que intencionalmente haga una declaración falsa o retenga información para recibir dinero a través de un subsidio por cuidado infantil puede ser procesada penalmente e, incluso, ser condenada a prisión.

- Si tiene una primera instancia de tergiversación fraudulenta, debe reembolsar el monto del subsidio de cuidado infantil por el cual usted no era elegible, y será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado. Usted tiene derecho a apelar la decisión tomada.
- Si usted es condenado por tergiversación fraudulenta por un tribunal de jurisdicción competente, también será considerado permanentemente inelegible para participar en el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil Subsidiado y no se podrá apelar la sanción impuesta.

Asistencia familiar Work First

- El tiempo estándar para completar y procesar una solicitud de asistencia en efectivo es de 45 días calendario a partir de la fecha de solicitud. Pueden aplicarse excepciones a esta norma de 45 días; su trabajador social le explicará si corresponden.
- En el caso de sospecha razonable, el Estatuto General de North Carolina 108A-29.1 exige la detección y pruebas de uso de sustancias para el uso ilegal de sustancias controladas de cada solicitante adulto o receptor como condición de elegibilidad para recibir asistencia. El requisito de detección y pruebas del uso de sustancias no se aplica a:
 - Casos de hijo único con un cuidador que no sea uno de los padres como cabeza del caso; o ○ Hijos a cargo; o
 - Beneficiarios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Esto incluye a los beneficiarios del programa SSI que son padres con la custodia.

Sus derechos:

- Solicitar una evaluación en cualquier momento para identificar posibles discapacidades u otras barreras que puedan afectar la participación en el programa.
- Usted tiene derecho a que los miembros elegibles del hogar reciban asistencia en efectivo si usted es descalificado o sancionado debido a una prueba de uso de sustancias positiva confirmada o a la imposibilidad de realizar pruebas de detección o uso de sustancias.

Sus responsabilidades:

- Ayudar al trabajador social a desarrollar su Acuerdo de Responsabilidad Mutua (MRA)/Plan de Resultados y llevar a cabo las acciones acordadas.
- Usar el monto de su beneficio en el mejor interés de su familia. Si no lo usa correctamente, se puede designar a otra persona para recibir el beneficio en su nombre y usarlo para usted y su familia.
- No puede usar ni acceder a los beneficios en efectivo de su tarjeta EBT en ningún casino o establecimiento de juego, licorería o cualquier establecimiento que brinde entretenimiento orientado a adultos.
- Si renuncia o pierde un trabajo sin una buena causa, la familia no será elegible para la asistencia en efectivo del Programa Work First por un período de tres meses. La multa por renuncia laboral no se aplica a los casos de hijo único con un cuidador que no sea uno de los padres como la cabeza del caso.
- Informar los cambios en su situación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del cambio. **Nota:** La ausencia temporal de un niño que se espera que esté ausente por más de 90 días debe informarse dentro de los 5 días posteriores al cambio. Si no informa una ausencia temporal, su beneficio se reducirá o terminará, ya que el niño ya no es elegible para recibir la asistencia en efectivo a menos la ausencia esté justificada por una buena causa.
- Si recibe asistencia en efectivo, es posible que deba completar un informe de los ingresos y la situación de su hogar cada 3 meses. Si recibe este informe, debe completarlo y devolverlo al Departamento de Servicios Sociales del condado antes de la fecha límite impresa en el formulario. Si recibe el informe y no lo completa ni devuelve, sus beneficios podrían detenerse.
- Si algún integrante de su hogar es declarado culpable por una violación intencional del programa por dar información falsa, esta persona podría ser descalificada para recibir beneficios, recibir una multa y/o ser encarcelada.
- **Los períodos de descalificación son:** ○ **12 meses para la primera violación** ○ **24 meses para la segunda violación**
 - **Permanentemente por la tercera violación**

Información que necesita conocer:

El Programa Work First cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, religión, discapacidad o sexo. El Programa Work First no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, religión, discapacidad o sexo.

Programa Work First:

- Proporciona ayudas y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas con licencia
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) ○ Proporciona servicios lingüísticos gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con su Departamento de Servicios Sociales local

El Department of Health and Human Services (HHS) de los Estados Unidos cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). El HHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Si usted considera que el Department of Health and Human Services (HHS) no proporcionó estos servicios o discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja electrónica ante el Department of Health and Human Services de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, a través del [Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles](#), o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 515F, HHH Building Washington,
D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Asistencia médica

- El tiempo estándar para completar y procesar una solicitud de asistencia médica es de 45 días calendario a partir de la fecha de solicitud. Pueden aplicarse excepciones a esta norma de 45 días; su trabajador social le explicará si corresponden.

Sus derechos:

- Solicitar Medicaid retroactivo hasta 3 meses antes de la fecha de su solicitud.
- Solicitar transporte de Medicaid para las citas con su médico de atención primaria u otras citas médicas si recibe cierta cobertura de Medicaid.
- Presentar una solicitud por una persona fallecida.

Sus responsabilidades:

- Informar los cambios en su situación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del cambio.
- Informar si usted o un miembro de su hogar que recibe asistencia médica tiene un accidente.
- Proporcionar información de seguro de terceros si corresponde.
- Entender que cualquier registro médico o financiero debe ser puesto a disposición de la agencia y el estado por cualquier proveedor de quien usted y/o sus hijos hayan recibido servicios de atención médica. Aceptar la divulgación de esos registros de parte de esos proveedores cuando lo soliciten la agencia y el estado. La confidencialidad de esta información está protegida por ley.
- Entender que le está dando permiso al estado de North Carolina a cobrar pagos y compartir información con compañías de seguros o cualquier otra persona que se supone que debe pagar sus facturas médicas.
- Solicitar transporte médico con la mayor anticipación posible a sus citas.
- Entender que si se transfieren recursos fuera del nombre del solicitante sin recibir el valor justo de mercado por los recursos, podría haber un período de inelegibilidad para la atención médica a largo plazo, como en un centro de enfermería o para la atención en el hogar. Toda transferencia de recursos debe ser informada al hacer esta solicitud y cualquier nueva transferencia debe ser informada al trabajador social dentro de los 10 días calendario.

Asistencia especial

- El tiempo estándar para el procesamiento de las solicitudes de asistencia especial es de 45 días para personas de 65 años o más y de 60 días para solicitantes menores de 65 años.

Sus derechos:

- Si se aprueba su solicitud para recibir asistencia especial, usted tiene derecho a destinar el beneficio de asistencia especial según sea necesario cuando se considere que es en el mejor interés de su salud y seguridad. Se puede nombrar un beneficiario sustituto para aquellas personas que no puedan administrar el pago. Si recibe el pago porque reside en un hogar de cuidado para adultos, el "mejor interés" se refiere al pago de su hogar de cuidado para adultos. Si recibe asistencia especial en el hogar, el "mejor interés" se refiere al uso del pago para fines relacionados con su salud y seguridad.

Sus responsabilidades:

- Informar los cambios a su trabajador social dentro de los 5 días calendario posteriores al cambio de situación.

Asistencia a los refugiados

- El tiempo estándar para completar y procesar la solicitud para asistencia a los refugiados es de 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud. Pueden aplicarse excepciones a esta norma de 30 días; su trabajador social le explicará si corresponden.

Sus derechos:

- Recibir una descripción por escrito de sus derechos como cliente del proveedor de servicios para refugiados y las obligaciones del proveedor hacia usted.
- Recibir un resumen por escrito de las reglas, expectativas y otros factores para el uso de los servicios, las horas en que los servicios están disponibles, la terminación de los servicios y cómo registrar reclamos, quejas o apelaciones.

Sus responsabilidades:

- Participar en el desarrollo y seguimiento de su Plan de Empleabilidad y Plan de Autosuficiencia Familiar.
- Informar cambios en su situación dentro de los 10 días calendario del momento en que se conoce el cambio.

Servicios de Alimentación y Nutrición

Información que necesita conocer:

- Para obtener información sobre la Iniciativa de Prevención del Embarazo Adolescente, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame al DHHS Customer Service Center al 1-866-719-0141. Para obtener información sobre los servicios proporcionados por Healthy Marriages, comuníquese con su agencia local.
- El tiempo estándar para completar y procesar la solicitud para los Servicios de Alimentación y Nutrición es de 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud. Las solicitudes que cumplan los criterios de servicios acelerados deben procesarse dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha de la solicitud. Si está presentando una solicitud para los FNS y el SSI al mismo tiempo desde una institución, la fecha de presentación es la fecha en que la institución liberó dicha solicitud.

Sus derechos:

- Recibir un descuento en su factura telefónica en ciertas situaciones. Póngase en contacto con su compañía telefónica para obtener más información.
- Recibir beneficios de manera oportuna.
- Recibir un formulario de informe de cambio que indique qué cambios debe informar.

Sus responsabilidades:

- Utilizar los Servicios de Alimentos y Nutrición para comprar solo alimentos para el consumo doméstico. El uso indebido de los beneficios de los Servicios de Alimentos y Nutrición podría resultar en multas de hasta \$ 250,000, prisión de hasta 20 años o ser descalificado permanentemente para recibir beneficios otorgados por los Servicios de Alimentación y Nutrición. Es posible que sea considerado inelegible para los beneficios de los Servicios de Alimentos y Nutrición durante otros 18 meses adicionales si la corte lo ordena.
- No intercambiar ni vender los beneficios de los Servicios de Alimentos y Nutrición.
- No usar sus beneficios de los Servicios de Alimentos y Nutrición para otra persona.
- No usar sus beneficios de los Servicios de Alimentos y Nutrición para realizar pagos en ningún tipo de cuenta de crédito o pagar los alimentos comprados a crédito; si lo hace, perderá sus beneficios.
- Si usa sus beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios, por ejemplo, alcohol y cigarrillos, perderá sus beneficios.
- **No** usar los Servicios de Alimentos y Nutrición de otra persona para usted.
- Cooperar con el personal estatal y federal en las revisiones del control de calidad.
- Si miente, retiene o brinda información incorrecta de modo intencional, sus beneficios podrían sufrir una reducción o usted podría tener que devolver los beneficios, podría ser sometido a un proceso penal o podría no poder acceder a los beneficios durante doce o veinticuatro meses.
- Si un tribunal lo declara culpable por el intercambio de los Servicios de Alimentos y Nutrición por sustancias controladas, perderá los Servicios de Alimentos y Nutrición durante 12 meses la primera vez.
- Si un tribunal lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar beneficios por más de \$500, intercambiar los beneficios por armas de fuego, tráfico de drogas, municiones o explosivos después del 22 de agosto de 1996, puede perder los Servicios de Alimentos y Nutrición de modo permanente.
- Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar los Servicios de Alimentos y Nutrición por sustancias controladas, perderá los Servicios de Alimentos y Nutrición de modo permanente la segunda vez.

Asistencia energética

- El tiempo estándar para completar y procesar una solicitud para el Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP) es de dos días hábiles después de la recepción de toda la información solicitada.
- El tiempo estándar para completar y procesar una solicitud del Programa de Intervención en Crisis (CIP) es de un día hábil si se trata de una crisis potencialmente mortal y dos días hábiles para una crisis que no pone en peligro la vida.

Sus derechos:

- El derecho a recibir una moratoria por los servicios públicos a través de la Comisión de Servicios Públicos de North Carolina con respecto a la desconexión/cancelación de los servicios. Las empresas participantes pueden ser verificadas a través del departamento local de servicios sociales.

Sus responsabilidades:

- Entender que es contra la ley hacer declaraciones falsas y que, si las hace, estará sujeto a enjuiciamiento.
- Enviar toda la información solicitada dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha de la solicitud del programa LIEAP.
- No intercambiar ni vender los beneficios de energía a través de algún proveedor de energía por otros bienes o servicios.
- De acuerdo con los programas LIEAP y CIP, autorizar a que su compañía de servicios públicos divulgue información sobre el uso de energía y el pago de facturas durante los últimos 12 meses a las agencias asociadas.
- Otorgar permiso a la agencia para verificar cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para los programas LIEAP y CIP.

Sección 5: Declaraciones del programa de no discriminación Servicios de Alimentación y Nutrición

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color,

nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o venganzas por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, desde cualquier oficina del USDA llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono del reclamante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle a fin de informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. Se debe enviar el formulario AD-3027 completado o la carta a:

1. **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria,
VA 22314; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Asistencia energética

No se podrá negar a ninguna persona su participación o los beneficios de cualquier programa o actividad financiada en todo o en parte por fondos puestos a disposición en virtud de este título, ni tampoco se la podrá someter a algún tipo de discriminación en dichos programas o actividades por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Cualquier prohibición contra la discriminación por motivos de edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975 o con respecto a una persona que de otro modo se califique como discapacitada según lo dispuesto en el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 también se aplicará a cualquier programa o actividad de este tipo.

Para presentar una queja por discriminación, puede comunicarse con:

Carlotta Dixon, MHS, CPM
Jefa de Sección
Título VI/ADA-Coordinadora de Derechos Civiles
División de Servicios Sociales de NC-Cumplimiento del Programa North
Carolina Department of Health and Human Services

919-527-6421 Oficina
919-334-1198 Fax
Carlotta.Dixon@dhhs.nc.gov

820 South Boylan Avenue, McBryde Building
Raleigh, North Carolina 27603

Si no está satisfecho con el resultado de la decisión tomada por la oficina del estado, puede comunicarse con la agencia que se indica a continuación. Department of Health and Human Services/Administration for Children and Families
Office of Community Services/Division of Energy Assistance

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Mary E. Switzer Building, 5th Floor
330 C Street, SW
Washington, D.C. 20201
Número de teléfono: (202) 401-9351 Número
de fax: (202) 401-5661

Sección 6: Registro de votantes

Si desea registrarse para votar o para actualizar su registro, puede completar un formulario de registro de votante en www.ncsbe.gov/nvra/01, pregúntele a su trabajador social o comuníquese con su DSS local para obtener un formulario de registro de votantes. **Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el importe de la asistencia que esta agencia le brindará.** Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien interfirió con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o presentar una solicitud para su registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral del Estado de North Carolina, PO Box 27255, Raleigh NC 27611- 7255 o puede llamar al número gratuito, 1-866-522-4723.

Sección 7: Reconocimiento de derechos y responsabilidades

Entiendo mis derechos y responsabilidades tal como se explicaron en las secciones anteriores.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Representante: _____ Fecha: _____

Trabajador social: _____ Fecha: _____

NCFAS-20009 (Rev.05-2024)

Servicios Económicos y Familiares