

LISTA DE COMPROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN PARA SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES

Para completar su solicitud de servicios de cuidado infantil, necesitará:

1. RESIDENTES DEL CONDADO DE TRAVIS

- Factura de servicios públicos actual o estado de cuenta de arrendamiento/hipoteca para demostrar la dirección de residencia **o**
- Registros de asistencia pública/servicio social -o- Carta de concesión de la Sección 8 **o**
- Expediente escolar **o**
- Recibos de pago (si la dirección está impresa en el recibo)

2. VERIFICACIÓN DE CIUDADANÍA/EDAD DEL/DE LOS NIÑO/S

- Partida de nacimiento **o**
- Pasaporte estadounidense **o**
- Registro de nacimiento del hospital o de salud pública **o**
- Registro de la iglesia o de bautismo **o**
- Registros escolares/Tarjetas de identificación de la escuela **o**

3. VERIFICACIÓN DE NIÑO/S INMIGRANTE/ “EXTRANJERO CALIFICADO”

- Certificación de naturalización **o**
- Residente legal permanente: Tarjeta de recibo de registro de extranjero (“tarjeta verde” - Formulario I-551) **o**
- Asilado: Formularios I-94, I-688B (Tarjeta de autorización de empleo) o I-766 (Documento de autorización de empleo); carta de concesión de la Oficina de Asilo de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EE. UU. (USCIS, por sus siglas en inglés); **o**
- Refugiado: Formularios I-94, I-688B o I-766 **o**
- Inmigrante cubano/haitiano: Formulario I-551, sello I-551 temporal vigente en un pasaporte extranjero o Formulario I-94

4. DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

- **Si tiene empleo:**
 - Recibos de cheque de pago de cada padre en el hogar durante los últimos 3 meses de empleo

Nota: Las ganancias incluyen sueldos, salarios, comisiones, propinas, pagos a destajo y bonificaciones en efectivo obtenidas.
- **Si trabaja por cuenta propia:**
 - Cuenta de resultados del negocio de trabajo por cuenta propia Y**
 - Declaraciones de impuestos federales trimestrales; **o**
 - Declaraciones de pérdidas y ganancias firmadas hasta la fecha para cada negocio propio; **o**
 - Libros de contabilidad, registros, recibos, recibos de cheques y extractos comerciales; **o**
 - Contratos de clientes u órdenes de trabajo; **o**
 - Calendario de citas de trabajo y dinero ganado a través de estas citas.
- **Además, verificación de otros ingresos del hogar:**
 - Pensiones, rentas vitalicias, seguros de vida,
 - Ganancias de capital imponible, dividendos e intereses.
 - Ingresos de alquiler.
 - Ingresos de herencias y fondos fiduciarios.
 - Pagos de lotería de \$600 o más
 - Ingresos de compensación para trabajadores, pagos por discapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés)
 - Manutención conyugal o pensión alimenticia
 - Acuerdos o sentencias judiciales
- **Si asiste a un entrenamiento escolar:**
 - La transcripción actual puede no ser oficial.
 - Horario escolar actual.
 - Verificación de entrenamiento

5. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

La sección de información del proveedor de cuidado infantil está completa

ANTES DE QUE SE PUEDA FINALIZAR LA ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL, DEBE INSCRIBIR A SUS HIJOS CON UN PROVEEDOR DE CUIDADOS INFANTILES APROBADO POR WFS. LOS PROVEEDORES ACTUALES APROBADOS SE PUEDEN ENCONTRAR EN LA LISTA EN EL SITIO WEB A CONTINUACIÓN. SI EL PROVEEDOR QUE HA ELEGIDO NO ESTÁ EN LA LISTA APROBADA POR WFS, PÍDALE A SU PROVEEDOR QUE SE COMUNIQUE CON NUESTRO ESPECIALISTA EN SERVICIO DE PROVEEDORES AL 512-597-7182 PARA COMPLETAR ESTE PROCESO.

<http://www.wfscapitalarea.com/ChildcareServices/ForParents.aspx#60821-choosing-a-provider>

PAQUETE DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Este paquete contiene las instrucciones y los formularios necesarios para permitir que un especialista en cuidado infantil determine su elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil. Asegúrese de completar todo el paquete de elegibilidad para los servicios de cuidado infantil y proporcionar todos los documentos de verificación.

Puede ir al Centro de Carreras de Workforce Solutions más cercano para usar una computadora, impresora y/o máquina de fax sin cargo. Para ubicar el Centro de Carreras de Workforce Solutions más cercano a usted, visite www.wfscapitalarea.com.

Una vez completada, la solicitud y los documentos de verificación pueden enviarse por correo, fax, correo electrónico o entregar personalmente a la dirección que figura a continuación. EL PAQUETE DE ELEGIBILIDAD, INCLUYENDO TODOS LOS FORMULARIOS REQUERIDOS, DEBE SER DEVUELTO ANTES DE LA FECHA LÍMITE EN SU CARTA DE NOTIFICACIÓN.

Fax: 512-597-7192

Correo o entrega a mano: Workforce Solutions –
Servicios de Cuidado Infantil
9001 N IH 35, Suite 110C
Austin, TX 78753
512-597-7191 Horas: L-V, 8am – 5pm

Correo electrónico: austinccs@wfscapitalarea.com

NOTA: FIRME Y FECHE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS Y GUARDE COPIAS PARA SUS REGISTROS.

Solicitud de certificación de elegibilidad para cuidado infantil: Esta es su **aplicación oficial**. Debe asegurarse de que esta solicitud esté completa y sea precisa, o se le puede negar la asistencia para el cuidado infantil. Debe asegurarse de que la Aplicación:

- Se complete sólo con tinta (sin lápiz)
- Está firmada y fechada (el día en que envía la solicitud)

Derechos y responsabilidades de los padres (PRR, por sus siglas en inglés) para los servicios de cuidado infantil: Debe firmar, fechar y devolver el PRR, que le informa sobre sus derechos y responsabilidades mientras recibe los servicios de cuidado infantil, que incluyen:

- **Responsabilidad de informar cambios dentro de los 14 días** de ocurrencia, y
- Consecuencias de **no reportar cambios**, así como de **fraude y abuso** de los servicios del programa.

Formulario de orientación a los procedimientos de quejas por discriminación: Debe firmar y devolver este formulario, que le informa sobre sus derechos y procedimientos para presentar quejas relacionadas con los servicios recibidos del Programa de Servicios de Cuidado Infantil.

APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Información del padre/tutor			
Nombre:			
Número de Seguro social (opcional): _____		Fecha de nacimiento: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Raza (Marque en un círculo)		¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Blanca		¿Se considera una persona sin hogar o no tiene una residencia permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Negro o Afroamericano		¿Es usted un veterano de los EE. UU. o el cónyuge de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indio americano o Nativo de Alaska		¿Tiene 19 años o menos y asiste a la escuela secundaria o está trabajando en su GED (Diploma de Secundaria)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asiático		¿Es usted un joven de acogida temporal actual o anterior, de 21 años de edad o menos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico			
Dirección física, número de apartamento, ciudad y código postal			
Dirección postal, número de apartamento, ciudad y código postal			
País de residencia			
Número de teléfono primario		Número de teléfono secundario	
Dirección de correo electrónico			
Información del empleador	Empleador 1	Empleador 2	
Nombre del empleador			
Dirección, ciudad y código postal			
Número de teléfono			
Fecha de contratación			
Horas por semana			
Salario por hora			

Frecuencia de pago (marque con un círculo)	Semanal veces al mes	Quincenal Mensual	Dos Otro	Semanal veces al mes	Quincenal Mensual	Dos Otro
Información de la escuela/formación	Nombre de la escuela _____					
	Fecha de inicio del semestre _____ Horas inscritas _____					

* Los clientes empleados por su cuenta deben completar y enviar la Declaración Comercial de Autónomos con recibos, si corresponde, junto con la documentación requerida para el trabajo por cuenta propia. (p. 5)

Cónyuge u otro padre (complete sólo si vive en el mismo hogar)			
Nombre:			
Número de Seguro social (opcional): _____			Fecha de nacimiento: _____
Sexo: ____ Masculino ____ Femenino	Estado civil: ____ Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Separado		
Raza (Marque en un círculo)	¿Es usted hispano o latino?	__ Sí __ No	
Blanca	¿Se considera una persona sin hogar o no tiene una residencia permanente?	__ Sí __ No	
Negro o Afroamericano	¿Es usted un veterano de los EE. UU. o el cónyuge de un veterano?	__ Sí __ No	
Indio americano o Nativo de Alaska	¿Tiene 19 años o menos y asiste a la escuela secundaria o está trabajando en su GED (Diploma de Secundaria)?	__ Sí __ No	
Asiático	¿Es usted un joven de acogida temporal actual o anterior, de 21 años de edad o menos?	__ Sí __ No	
Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico			
Dirección física, número de apartamento, ciudad y código postal			
Dirección postal, número de apartamento, ciudad y código postal			
País de residencia			
Número de teléfono primario		Número de teléfono secundario	
Dirección de correo electrónico			
Información del empleador	Empleador 1		Empleador 2
Nombre del empleador			
Dirección, ciudad y código postal			

Workforce Solutions Capital Area es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles, previa solicitud, para personas con discapacidad. Relay Texas: 1.800.735.2989 (TDD) /

711 (Voz) www.wfscapitalarea.com

Número de teléfono						
Fecha de contratación						
Horas por semana						
Salario por hora						
Frecuencia de pago (marque con un círculo)	Semanal veces al mes	Quincenal Mensual	Dos Otro	Semanal veces al mes	Quincenal Mensual	Dos Otro
Información de la escuela/formación	Nombre de la escuela _____					
	Fecha de inicio del semestre _____ Horas inscritas _____					

Miembros del hogar				
	1	2	3	4
Nombre				
Necesita Servicios de Cuidado Infantil	Sí o No	Sí o No	Sí o No	Sí o No
Número de Seguro Social				
Fecha de nacimiento				
Sexo (marque con un círculo)	Masculino o Femenino	Masculino o Femenino	Masculino o Femenino	Masculino o Femenino
Relación con el padre				
Raza				
Etnia hispana	Sí o No	Sí o No	Sí o No	Sí o No
Niño/a con necesidades especiales	Sí o No	Sí o No	Sí o No	Sí o No
El niño recibe SSDI	\$	\$	\$	\$

USE UNA PÁGINA ADICIONAL SI TIENE MÁS MIEMBROS DEL HOGAR

Ingresos mensuales del hogar	Padre 1	Padre 2
Empleo	\$	\$
Ingresos por discapacidad del Seguro Social o	\$	\$
Ingresos de trabajo por cuenta propia *	\$	\$
Otra asistencia de cuidado infantil	\$	\$
Pensiones, anualidades e ingresos por jubilación	\$	\$
Compensación de trabajadores	\$	\$
Pagos de lotería de \$600 o más	\$	\$
Otros:	\$	\$
Ingresos mensuales totales del hogar	\$	\$
¿El valor total de los bienes de su hogar excede el \$1.000.000?	Sí	No

Número total en el hogar (incluya a todos los dependientes del hogar):		
Información del Proveedor de Cuidados Infantiles	Nombre del proveedor	_____
	Número de teléfono del proveedor _____ Número de licencia del proveedor _____	

Declaración del padre/tutor

Entiendo que:

- (1) El no proporcionar información verdadera y correcta en mi caso puede resultar en una verificación de hechos por sospecha de fraude;
- (2) Tengo derecho a que se me notifique sobre mi elegibilidad para los servicios dentro de los 20 días calendario posteriores a la recepción de esta solicitud y toda la documentación necesaria para determinar mi elegibilidad;
- (3) Yo, o mi representante, podemos apelar la denegación, demora, reducción o terminación de los servicios;
- (4) Los servicios se proporcionarán sin distinción de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión;
- (5) La información de esta solicitud es confidencial;

Al firmar este formulario:

- Entiendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa o no divulgo un hecho material para que parezca elegible para los servicios de cuidado infantil, es posible que tenga que reembolsarle al programa de cuidado

Workforce Solutions Capital Area es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles, previa solicitud, para personas con discapacidad. Relay Texas: 1.800.735.2989 (TDD) / 711 (Voz) www.wfscapitalarea.com



infantil los servicios recibidos de manera fraudulenta, y se pueden presentar cargos penales en mi contra ante la autoridad fiscal local.

- Entiendo que una persona que obtenga, o intente obtener, por medios fraudulentos, servicios a los que la persona no tiene derecho, puede ser procesada bajo las leyes estatales y federales aplicables;
- Estoy solicitando servicios de Workforce Solutions Capital Area y toda la información en esta solicitud representa una declaración completa y precisa de mis horas de trabajo, educación o capacitación, ingreso familiar; y tamaño de la familia en el momento de la presentación.
- Autorizo a Workforce Solutions o su contratista de cuidado infantil para: (1) contactar a un tercero para verificar los ingresos o el tamaño de la familia; (2) utilizar los números de seguro social proporcionados para identificar los beneficios y los ingresos del Seguro Social; y (3) obtener o compartir información programática con terceros sobre mí y mis circunstancias, con respecto a la participación en este programa.
- Toda la información proporcionada representa una declaración completa y precisa de las circunstancias de mi familia en el momento de la solicitud. Acepto informar cualquier cambio a esta información dentro de los 14 días calendario posteriores al cambio.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PADRES EN CUANTO A LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES

Lea atentamente la información de este formulario antes de que usted y su cónyuge (si corresponde) firmen y fechen. Comuníquese con su especialista en cuidado infantil de inmediato si tiene alguna pregunta con respecto a la información o los requisitos de este Acuerdo. Los servicios de cuidado infantil (CCS, por sus siglas en inglés) pueden finalizar en cualquier momento si deja de ser elegible.

A. INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD DE LOS PADRES

_____ (INICIAL) Entiendo la disponibilidad de CCS, el proceso para acceder a esos servicios, mis requisitos de informes y el proceso para recibir y continuar con estos servicios. Mi cónyuge (si corresponde) y yo debemos:

- Ser residentes del Condado de Travis.
- Estar en actividades de capacitación, educación o empleo durante al menos 25 horas a la semana para un sólo jefe de familia y 50 horas a la semana para un hogar biparental.
- Estar dentro de las pautas de ingresos para el tamaño de nuestro hogar.
- Informar la pérdida de empleo, capacitación o educación dentro de los 14 días calendario posteriores a la ocurrencia. Entendemos que podemos ser elegibles para una actividad de búsqueda de trabajo de 3 meses (de octubre a septiembre).
- Debemos seleccionar el arreglo de cuidado infantil que usará la familia. Me dieron información sobre los tipos de cuidado infantil; proveedores con licencia, registrados, parientes y con calificaciones de calidad.
- Enviar todos los formularios requeridos, firmados y fechados, con la documentación de verificación correspondiente al menos **20 días hábiles** antes de la fecha de finalización de la elegibilidad, para que la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil se vuelva a determinar oportunamente.

_____ (INICIAL) Entiendo los requisitos de la instalación de cuidado infantil y que:

- Debo pagar mi parte de costos de padres (tarifas de padres) al proveedor el primer día de cada mes.
- Debo cumplir con los requisitos de inscripción y las políticas del centro de cuidado infantil, a menos que las políticas entren en conflicto directo con las de CCS.
- Debo comunicarme con el proveedor si mi hijo(a) está/estará ausente durante cinco (5) días consecutivos.
- Debo proporcionar información que incluya registros de salud y vacunas, autorización para obtener asistencia médica e información de contacto de los padres, que se utilizará en caso de una emergencia.
- Debo cumplir con el horario de atención de las instalaciones de cuidado infantil y pagar los cargos incurridos si recojo a mi hijo tarde.
- Debo informar a la oficina de licencias de TDFPS las posibles violaciones de los estándares de licencias en la instalación de cuidado infantil.
- Si necesito atención en uno de los días feriados CCS autorizados por el proveedor, haré y pagaré mis arreglos.
- Haré y pagaré otros arreglos de cuidado infantil cuando ya no sea elegible para CCS.
- Los proveedores de cuidado infantil tienen prohibido denegar una referencia de cuidado infantil en función del estado de ingresos de los padres, la recepción de asistencia pública o el estado TDFPS del niño.
- Los proveedores no pueden cobrar tarifas a los padres que reciben CCS que no se cobran a los padres privados.
- No se me permiten más de dos transferencias de proveedores por año, según mi aniversario de inscripción. Debo proporcionar a mi proveedor de cuidado infantil actual y a CCS un aviso de 2 semanas antes de transferirme a un nuevo proveedor de cuidado infantil. Las transferencias entran en vigencia el primer día de atención del mes siguiente. Se permiten excepciones al límite de transferencia y la fecha de inicio efectiva debido a problemas de seguridad infantil, acción correctiva del proveedor u otras circunstancias atenuantes.

_____ (INICIAL) Libero a Workforce Solutions-un contratista de Servicios de Cuidado Infantil, Capital Area Workforce Development Board y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC, por sus siglas en inglés) de cualquier responsabilidad por la calidad de los servicios de cuidado infantil que mi hijo(a) pueda recibir de la instalación de mi elección.

B. COSTOS COMPARTIDOS DE LOS PADRES (Tarifas de los padres) (no se aplica a TDFPS, Choices y Referencias de SNAP)

Workforce Solutions Capital Area es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles, previa solicitud, para personas con discapacidad. Relay Texas: 1.800.735.2989 (TDD) / 711 (Voz) www.wfscapitalarea.com

_____ (INICIAL) Informaré a CCS, y pagaré cualquier subsidio de cuidado infantil adicional que reciba de otra agencia al proveedor de cuidado infantil.

_____ (INICIAL) Entiendo que la parte del costo de los padres se basa en mi ingreso bruto mensual, el número de miembros del hogar y el número de niños que he inscrito en el cuidado infantil.

_____ (INICIAL) Pagaré las tarifas de los padres incluso si mi hijo(a) está ausente o no asiste durante todo el mes.

_____ (INICIAL) Entiendo que, si la atención se termina debido a la falta de pago del costo compartido de los padres, se debe observar un período de espera obligatorio de 60 días calendario antes de que una familia pueda volver a solicitar o ser colocada en una lista de espera para los servicios de cuidado infantil.

C. DERECHOS DE LOS PADRES

_____ (INICIAL) Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- elegir el tipo de proveedor de cuidado infantil que mejor se adapte a mis necesidades y estar informado de todas las opciones de cuidado infantil disponibles;
- visitar a los proveedores de cuidado infantil disponibles antes de elegir una opción de cuidado infantil;
- recibir ayuda para elegir cuidado infantil inicial o adicional, y transferir a mis hijos hasta dos veces al año de un proveedor a otro;
- estar representado al solicitar servicios de cuidado infantil;
- ser notificado de su elegibilidad para recibir servicios de cuidado infantil dentro de los 20 días calendario a partir del día en que se reciba toda la documentación necesaria para determinar la elegibilidad;
- recibir servicios de cuidados infantiles independientemente de la raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas, o religión;
- que mi información utilizada para determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil sea tratada como confidencial;
- recibir una notificación por escrito, al menos 15 días antes de la denegación, demora, reducción o terminación de los servicios de cuidado infantil para rechazar una oferta de CCS o retirarse voluntariamente, a menos que el niño(a) esté en los servicios de protección del DFPS;
- ser informado de las posibles consecuencias de rechazar o terminar el cuidado infantil que se ofrece;
- ser informado sobre la documentación de elegibilidad y los requisitos de presentación de informes;
- ser informado de los derechos de apelación de los padres;
- estar informado de la política de asistencia;
- ser informado de las verificaciones de expedientes y antecedentes penales requeridos para los proveedores de cuidado infantil relacionados a través del proceso de listado con el DFPS, antes de que el padre o tutor seleccione el proveedor de cuidado infantil.

D. RECONOCIMIENTO/INFORMES DE LOS PADRES

_____ (INICIAL) Estaré en actividades de capacitación, educación o empleo al menos 25 horas a la semana para un hogar monoparental, o al menos 50 horas combinadas por semana para un hogar biparental. Debo **informar cambios dentro de 14 días calendario** de cambios de:

- Pérdida permanente de trabajo, formación o educación;
- Cambios en los ingresos, incluyendo aumentos, horas extras, comisiones u otros ingresos y/o beneficios no relacionados con el empleo (como SSI o compensación laboral);
- Cambio en el tamaño de la familia, como matrimonio, divorcio o un cambio en el número de miembros de la familia que viven conmigo;
- Cambio de dirección, correo electrónico o teléfono;
- Recibo o adjudicación de fondos para el cuidado infantil de otras entidades públicas o privadas; u
- Otros cambios que pueden afectar la elegibilidad de mi hijo(a) o el costo de los padres en el servicio de cuidados infantiles;
- Acuerdos judiciales o sentencias; y
- Pagos de lotería de \$600 o más.

Comprendo que, para continuar recibiendo servicios de cuidados infantiles, debo enviar todos los formularios requeridos, firmados y fechados, con la documentación de verificación correspondiente al menos 20 días hábiles antes de la fecha de

finalización de la elegibilidad, para que la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil se vuelva a determinar oportunamente.

Entiendo que el incumplimiento de todos los requisitos de los servicios de cuidado infantil, **no informar cambios en mi caso dentro de los 14 días calendario posteriores a la ocurrencia**, y/o no proporcionar información veraz y correcta en mi caso, pueden resultar en una investigación de hechos por sospecha de fraude. Entiendo que la información que proporcione a Workforce Solutions-Servicios de Cuidado Infantil para determinar mi elegibilidad está sujeta a validación mediante comprobaciones cruzadas con bases de datos estatales y federales; y que se me puede pedir que proporcione documentos originales y participe en entrevistas personales para verificar la identidad y la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil. Mi caso puede ser remitido a la Oficina Local de Aplicación de la Ley, la Oficina del Fiscal de Distrito (DA) y/o la Oficina de Investigación (OI) para un posible enjuiciamiento. También se me pedirá que devuelva el 100% del dinero que se pagó a mi proveedor durante el período de inelegibilidad.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge (si corresponde): _____

Fecha: _____

Firma del especialista de CCS: _____

Fecha: _____

RESPONSABILIDADES/ASISTENCIA DE LOS PADRES

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Entiendo que mis servicios de cuidado infantil pueden no continuar si excedo las 40 inasistencias injustificadas por período de certificación de elegibilidad. Los Servicios de Cuidado Infantil me notificarán cuando mi(s) hijo(s) alcancen 15 y 30 inasistencias dentro de un período de elegibilidad de 12 meses.
2. Informaré de las inasistencias debido a **enfermedad crónica, circunstancias extenuantes o visita ordenada por la corte** y podré proporcionar a CCS documentación verificable. Estas inasistencias no se contarán en el número de inasistencias permitidas.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo mis responsabilidades como cliente de Servicios de Cuidado Infantil. Entiendo que, si infrinjo los requisitos de asistencia, mis servicios de cuidado infantil pueden ser cancelados y mis hijos deben observar un período de espera obligatorio de 60 días calendario antes de recibir servicios de cuidado infantil o ser colocados en una lista de espera.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Reconozco que he **leído, comprendido, y estoy de acuerdo** con la información anterior sobre la elegibilidad de los padres, los informes y los requisitos de asistencia.

Firma del padre

Nombre en letra de imprenta

Fecha

CAPITAL AREA WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD
FORMULARIO PARA LA ORIENTACIÓN A LOS PROCEDIMIENTOS DE QUEJA
DE DISCRIMINACIÓN
(29 CFR Part 38)

Este Formulario para la Orientación a los Procedimientos de Queja de Discriminación explica los procedimientos de queja de discriminación para los programas y los servicios mencionados administrados en el Local Workforce Development Area por el Workforce Development Board y sus contratistas:

Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA)
Temporary Assistance for Needy Families (TANF) / CHOICES
Supplemental Nutrition Assistance Program Employment & Training (SNAP E&T)
Child Care Services (CC)
Trade Adjustment Assistance (TAA) and Trade Readjustment Allowances (TRA)

RECIPIENTE DEL APOYO FINANCIERO FEDERAL ES:

Capital Area Workforce Development Board
9001 N IH 35, Ste 110E
Austin, Texas, 78753

Oficial de Igualdad de Oportunidades (EO): Janee' White
Número telefónico: (512) 597-7107
Relay Texas: 1-800-735-2989/ TTY 1-800-735-2988 (Voz)

El Capital Area Workforce Development Board (el Board) resolverá quejas de la igualdad de oportunidades de una manera justa y expedita. Se prohíben los actos de internamiento, de interferencia, de la coerción, de la discriminación, o de la represalia hacia los denunciantes que ejercitan sus derechos de presentar una queja conforme a este procedimiento. Este procedimiento se aplica a todos los aspirantes y participantes que tengan causa para presentar una queja de la discriminación relacionada con las actividades o los programas administrados por el Board. Si tiene una queja de la igualdad de oportunidades referente a cualquiera de estos programas, puede presentar su queja oficial por escrito al Oficial de EO del Board o del contratista, como sea apropiado.

Después de que se haya recibido su queja de la igualdad de oportunidades, el oficial del EO le notificará del paso siguiente en el proceso de la queja. Mientras desea perseguir su queja, el Board o el contratista seguirá los pasos descritos abajo. Debe estudiar el procedimiento de queja de la discriminación cuidadosamente, y si se siente que los pasos requeridos no se están siguiendo, póngase en contacto con el oficial del EO. Recuerde que si se siente que no le están proporcionando bastante ayuda en cualquier etapa del proceso de la queja, usted debe ponerse en contacto con:

Texas Workforce Commission (TWC)
Equal Opportunity Monitoring
101 E. 15th St., Room 504
Austin, TX 78778-0001

Números telefónicos:
512-463-2400
Relay Texas: 1-800-735-2989
TTY 1-800-735-2988 (Voz)

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La ley prohíbe que este beneficiario de asistencia financiera federal discrimine por los siguientes motivos: contra cualquier individuo en los Estados Unidos por su raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazo, el parto y las condiciones médicas relacionadas, y los estereotipos sexuales, el estatus transgénero y la identidad de género), origen nacional (incluyendo el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad, afiliación o creencia política, o contra cualquier beneficiario, solicitante de trabajo o participante en programas de capacitación que reciben apoyo financiero bajo el Título I de la ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés), debido a su ciudadanía, o por su participación en un programa o actividad que recibe asistencia financiera bajo el Título I de WIOA. El beneficiario no deberá discriminar en los siguientes áreas: decidiendo quién será permitido de participar, o tendrá acceso a cualquier programa o actividad que recibe apoyo financiero bajo el Título I de WIOA; proporcionando oportunidades en, o tratar a cualquier persona con respecto a un programa o actividad semejante; o tomar decisiones de empleo en la administración de, o en conexión a un programa o actividad semejante. Los beneficiarios de asistencia financiera federal deben tomar medidas razonables para garantizar que las comunicaciones con las personas con discapacidades sean tan efectivas como las comunicaciones con los demás. Esto significa que, a petición y sin costo alguno para el individuo, los recipientes están obligados a proporcionar ayuda auxiliar y servicios para individuos con discapacidades calificados.

Qué hacer si usted cree haber sido discriminado/a: Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiado a tenor del Título I de la WIA, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el Director, Civil Rights Center (CRC), U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, D.C. 20210. Si usted presenta una queja con el recipiente, usted debe esperar hasta que el recipiente emita una decisión final escrita o que pasen por lo menos 90 días (lo que ocurra primero), antes de presentar una queja con el Centro de Derechos Civiles (CRC, por sus siglas en inglés) a la dirección mencionada previamente. Si el beneficiario no le entrega una decisión final escrita dentro de 90 días después de la fecha en que presento su queja, usted puede presentar su queja con el CRC antes que reciba la decisión final. Sin embargo, es necesario presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después de la fecha límite de 90 días (en otras palabras, dentro de 120 días después de la fecha en que presento la queja con el recipiente). Si el recipiente emite una decisión final escrita, pero usted no está satisfecho con el resultado o resolución, usted puede presentar una queja con el CRC. Usted debe presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después que reciba la decisión final escrita.

INSTRUCCIONES DETALLADAS PARA CLASIFICAR UNA QUEJA

WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT (WIOA) / TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE (TAA) y TRADE READJUSTMENT ALLOWANCES (TRA):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero a tenor del Título I de la WIOA o TAA/TRA, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el Director, Civil Rights Center (CRC), U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, DC 20210. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal o su contratista, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al CRC. Si el destinatario de asistencia federal no le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito dentro de los 90 días de la fecha de presentación de su queja, usted puede presentar una queja con el CRC. La queja CRC debe presentarse dentro de los 30 días del vencimiento del plazo de 90 días, es decir, dentro de 120 días a partir de la fecha en que presentó su queja con el destinatario. Si éste le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito con respecto a su queja y usted sigue inconforme con la decisión o resolución, puede presentar una queja con el CRC. Hay que presentarla con el CRC dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha en que recibió el Aviso de Acción Definitiva.

TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) / CHOICES and/or CHILD CARE SERVICES (CC):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad a tenor TANF/Choices y/o Child Care Services (CC) que recibe asistencia financiera federal, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con la Office for Civil Rights,

EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EMPLEO/PROGRAMAS
Ayudas auxiliares y servicios están disponibles a petición para individuos con incapacidades
Relay Texas: 1-800-735-2989 (TTY); 1-800-735-2988 (Voz); 1-800-622-4954 (Español)

Septiembre 2017

1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202, (800) 368-1019. Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad a tenor de la CC que recibe asistencia financiera federal de USDA, puede proponerse en contacto con el U.S. Department of Agriculture (USDA), Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al U.S. Dept. of Health and Human Services.

☐ SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM EMPLOYMENT AND TRAINING (SNAP E&T):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero a tenor del programa SNAP E&T, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al 202-260-1026. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal o su contratista, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al U.S. Dept. of Agriculture.

Favor de no firmar sin haber leído este aviso y haber comprendido su contenido.

Por mi firma abajo, reconozco esta orientación al procedimiento de queja de la discriminación y la declaración con respecto a que la igualdad de oportunidades es la ley. Afirmo que he leído el *Formulario para la Orientación a los Procedimientos de Queja de Discriminación* y que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido. Entiendo que el formulario One-Stop no es solicitud para trabajo; se utiliza para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de programa y para cumplir con requisitos federales de información. Entiendo también que la falta de proporcionar la información pedida puede evitar que reciba servicios.

Firma del solicitante

Nombre en letra de molde

Fecha

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIO para Servicios de cuidados infantiles

Para ser completado por el empleado:

Liberación de información

Yo, _____, autorizo la divulgación de la siguiente información a Workforce Solutions. Entiendo que es posible que se requiera información adicional de mi empleador y/o clientes.

Firma: _____ SSN: (Opcional) _____

Para ser completado por el empleador:

¿Emplea actualmente a la persona mencionada anteriormente? Sí No

Cargo del empleado: _____ Deberes: _____

Frecuencia de pago: Diario Semanal Quincenal Semi-mensual Mensual

Tarifa de pago por hora: \$ _____ Número de horas trabajadas por semana: _____

¿Cómo se le paga al empleado? Dinero en efectivo Cheque Depósito directo Otro Bonificación/incentivo
Propinas

Se ofrecen horas extras: Frecuentemente Casi nunca Nunca

Horario de trabajo

Marque los días y las horas en que el empleado está programado para trabajar cada semana. (P.ej. 8am – 5pm)

Días	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado	<input type="checkbox"/> Domingo
Horas							

Comentarios: _____

Enumere los salarios del empleado para los últimos CUATRO períodos de pago a continuación.

Fecha de pago	Fechas del período de pago De: a:	Horas trabajadas	Salario Bruto
1.			\$
2.			\$
3.			\$
4.			\$

PARA NUEVOS EMPLEADOS	Nombre de la empresa/empleador:
Fecha de contratación:	Dirección:
Fecha del primer cheque de pago:	Teléfono #:
PARA EMPLEADOS QUE YA NO ESTÁN EN LA EMPRESA	Nombre del representante del empleador:
Última fecha de empleo:	Título:
Fecha del último cheque de pago:	Fecha:

Esta información se refiere a la elegibilidad del empleado para los servicios de cuidado infantil y está sujeta a validación con bases de datos estatales y federales, entrevistas en persona y/o presentación de documentación de respaldo adicional. Reconozco que la información es verdadera y correcta. Entiendo que una persona que proporciona información falsa o incorrecta para que alguien obtenga, o intente obtener, por medios fraudulentos, servicios a los que la persona no tiene derecho, puede ser procesada bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del representante del empleador _____

Fecha _____

Para uso de oficina

Verificación telefónica completada por: _____ Fecha: _____

Nombre del representante, cargo: _____ Teléfono: _____

Comentarios _____

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL HORARIO ESCOLAR O DE CAPACITACIÓN Para ser completado por la escuela o institución de capacitación

Nombre del estudiante	
------------------------------	--

Nota para la institución de formación: Su estudiante está solicitando o está recibiendo asistencia de cuidado infantil de Workforce Solutions – Servicios de Cuidado Infantil. Para verificar la elegibilidad, debemos recibir un resumen detallado del horario de clases/capacitación del estudiante. Por favor complete la siguiente información:

Información de la escuela/formación	
Nombre de la escuela	
Dirección, ciudad y código postal	
Número de teléfono	
Fecha de inicio del semestre	Fecha de finalización proyectada
Horas actualmente inscritas	Horas acumuladas obtenidas
Promedio de calificaciones del semestre	Promedio acumulativo

Calendario	
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	
¿El individuo asiste a clases con regularidad y progresa hacia su finalización satisfactoria?	Sí No

FIRMA (debe ser completada por la escuela o institución de capacitación)	
Persona que completa el formulario (imprimir)	
Título	
Fecha	
Firma	