



Sírvase revisar la siguiente información antes de solicitar cuidado infantil a través del Departamento de Servicios Humanos. El Cuidado Infantil mediante el Estado de Tennessee es un programa basado en la elegibilidad y necesidad familiar. El Especialista en Cuidado Infantil adecuado le informará acerca de los requisitos de elegibilidad para el tipo específico de cuidado infantil para el que desea presentar una solicitud. Una vez que haya completado la solicitud, comuníquese con la oficina local del TDHS de su condado (<https://www.tn.gov/content/tn/humanservices/for-families/child-care-services/child-care-assistance-office-locator.html>). Tenemos servicios de interpretación disponibles a través del Tennessee Language Center en <https://languagecenter.tennessee.edu>.

**1. Para determinar Elegibilidad para Asistencia de Pago de Cuidado Infantil se necesita la siguiente información:**

Identificación válida - Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada progenitor/tutor legal que reside en el hogar:

- Licencia de conducir
- Identificación emitida por el estado
- Tarjeta de Inscripción para votar (Tennessee)
- Tarjeta I-94
- Pasaporte

Verificación de Residencia Actual – Al menos uno (1) de los siguientes documentos tiene que estar a nombre del progenitor/tutor legal:

- Contrato de alquiler/arrendamiento
- Recibo de hipoteca
- Factura de servicios públicos

Verificación de ciudadanía - Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada hijo(a) que necesita cuidado:

- Pasaporte de los EE.UU.
- Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (Formularios del DHS N-560 o N-561)
- Certificado de nacimiento
- Registros del hospital, clínica, o medico
- Un informe o Certificación de Nacimiento en el Extranjero de un ciudadano de los EE.UU.
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE.UU. o documentos de adopción, o historial militar

Verificación de parentesco a través de lo siguiente: (Certificado de nacimiento, Certificado de matrimonio, Órdenes judiciales, etc.)

- esposo(a)/pareja/otro progenitor;
- hermano(a);
- otro menor que puede que reciba beneficios debido a custodia o nacimiento

Verificación de ingresos - Al menos uno de los siguientes documentos por cada progenitor/tutor legal

- Talones de cheque de las últimas 8 semanas.
- Declaración del empleador en papel con membrete de la empresa (si lleva menos de 8 semanas de empleo)
- Número de empleo
- Formulario Federal 1040 (año más reciente, solamente para ser usado para fines de verificación de empleo por cuenta propia)
- Cartas de otorgamiento
- Formulario de Informe de Empleo por cuenta propia y Verificación HS-3177

Verificación de Manutención Infantil (Orden judicial, Registros de Pago)

*El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas.*

*Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.*

*Distribución: Oficina del condado de Certificación de Cuidado infantil  
HS-3408sp (07-19)*

Verificación de asistencia/matriculación en escuela/universidad de progenitor(es), tutor(es) legal(es), progenitor(es) menor(es) de edad

- Horario actual de clases por semestre/trimestre – Se tiene que verificar/confirmar la matriculación y asistencia

Cualquier otra(s) verificación(es) necesaria(s) solicitada(s) para determinar elegibilidad.

**2. No es obligatorio ingresar los números de seguro social (NSS) para presentar una solicitud para asistencia de pago de cuidado infantil. Sin embargo, se puede pedir esta información a la hora de determinar la elegibilidad.**

**3. Menor con Discapacidad según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil**

“Menor con una discapacidad” puede ser:

(A) Un menor con una discapacidad, según lo define la sección 602 de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (Artículo 1401 del Título 20 del Código de EE.UU. [U.S.C., por sus siglas en inglés]);

(B) Un menor que es elegible para servicios de intervención de la primera infancia conforme a la parte C de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (Artículo 1431 y subsiguientes del Título 20 del U.S.C.);

(C) Un menor que tiene menos de 13 años de edad y que es elegible para servicios conforme a la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Artículo 794 del Título 29 del U.S.C.); y

(D) Un menor con una discapacidad, según lo define el Estado.

**4. Sin Hogar- según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil “menores y jóvenes sin hogar”:**

(E) Significa una persona que carece de una residencia nocturna fija, regular, y adecuada; y

(F) Puede ser —

(i) menores y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica, o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de caravanas, o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo y adecuado; viven en albergues de emergencia o transición; son abandonados en hospitales; o están en espera de colocación en acogida temporal;

(ii) menores y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado ni usado normalmente como alojamiento regular para dormir seres humanos;

(iii) menores y jóvenes que viven en autos, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de calidad inferior, estaciones de autobús o tren, o condiciones similares; y

(iv) menores migratorios (según se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que pueden ser calificados como menor sin hogar para los fines de este subtítulo debido a que los menores viven en condiciones descritas en las cláusulas (i) a la (iii).

**5. Fuerzas Armadas- según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil**

La Administración ha tomado varias medidas para aumentar servicios y apoyo para los miembros de las fuerzas armadas y sus familias. Proponemos añadir un nuevo elemento de datos al ACF-801 para determinar la condición de la familia con respecto al servicio militar. Este elemento identificará si el progenitor actualmente está en servicio activo (por ej. sirve a horario completo) en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o es un miembro de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar. Estos datos permiten que los Estados y la Oficina de Cuidado Infantil (OCC, por sus siglas en inglés) determinen la medida en que las familias militares tienen acceso al programa del Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés).



SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL/SMART STEPS

Idioma principal (marque uno)

- 01 Inglés, 02 Español, 03 Nativo, centroamericano, suramericano y mexicano, 04 Idiomas del Caribe, 05 Idiomas del Medio oriente y de Asia del sur, 06 Idiomas del Asia del este, 07 Idiomas de Nativos de América del Norte/Alaska, 08 Idiomas de las Islas del Pacífico, 09 Idiomas europeos y eslavos, 10 Idiomas africanos, 11 Otro, 12 No especificado

Horas de cuidado que se necesitan: Horas tradicionales de \_\_\_ am \_\_\_ pm a \_\_\_ am \_\_\_ pm. Horas no-tradicionales de \_\_\_ am \_\_\_ pm a \_\_\_ am \_\_\_ pm.

Nombre del solicitante: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ (Use letra de imprenta)

Form fields for applicant: NSS, Estado civil (Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Viudo(a)), Sexo (Masculino, Femenino), Raza, FECHA DE NAC. (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Servicio militar

Form fields for military service: Activo (Sí/No), Fecha del servicio (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_), Activo en la reserva (Sí/No), Ubicación/Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Otro progenitor/Pareja: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ (Si reside en el hogar) (Use letra de imprenta)

Form fields for spouse/parent: NSS, Estado civil (Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Viudo(a)), Sexo (Masculino, Femenino), Raza, FECHA DE NAC. (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Dirección: \_\_\_\_\_ Si es persona sin hogar \*(Definición en la página 1) Marque aquí  Calle y número: \_\_\_\_\_ No. de Apto \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Celular: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Introduzca el método de contacto preferido:  Teléfono de la casa  Celular  Correo electrónico

Nombre de la persona alternativa a contactar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas.

Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

**Menores que necesitan Cuidado Infantil:**

**Nombre del menor**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Otros miembros de la familia incluidos los menores que NO necesitan Cuidado Infantil**

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación	FECHA DE NAC.	NSS
				/ /	- -
				/ /	- -
				/ /	- -

**Empleo:**

1.  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de pago: (Marque uno)  Semanal  Cada dos semanas  Bimensual  Mensual  
 Salario por hora: \$\_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_

2.  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de pago: (Marque uno)  Semanal  Cada dos semanas  Bimensual  Mensual  
 Salario por hora: \$\_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_

*El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas.*

*Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.*

*Distribución: Oficina del condado de Certificación de Cuidado infantil*

*HS-3408sp (07-19)*

**Educación:**

Solicitante (Marque uno)	¿Asiste actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser "sí", ¿adónde asiste?: _____ Horas de crédito: _____ Si no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido: _____
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	
<input type="checkbox"/> Facultad/Universidad	
<input type="checkbox"/> Escuela Técnica	
<input type="checkbox"/> Otro	
Cónyuge/Otro progenitor/Pareja (Marque uno)	¿Asiste actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser "sí", ¿adónde asiste?: _____ Horas de crédito: _____ Si no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido: _____
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	
<input type="checkbox"/> Facultad/Universidad	
<input type="checkbox"/> Escuela Técnica	
<input type="checkbox"/> Otro	

**Otros ingresos:**

Tipo	Monto mensual	Quién los recibe	Monto mensual	Quién los recibe
Manutención infantil	\$		\$	
Pensión alimenticia	\$		\$	
Seguridad social/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		\$	
Pensión de veterano	\$		\$	
Subsidios por desempleo	\$		\$	
Empleo por cuenta propia-No granja	\$		\$	
Empleo por cuenta propia-Granja	\$		\$	
Fuerzas armadas	\$		\$	
Otro (especifique)	\$		\$	

**\*Books from Birth (Libros desde el nacimiento) (Imagination Library (Biblioteca de la imaginación)):** Entiendo que al presentar una solicitud para asistencia de pago de cuidado infantil autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee a inscribir a mi(s) hijo(s) elegible(s) por edad (desde el nacimiento hasta los 5 años) en el programa de Books from Birth. Además, entiendo que, al inscribirse, mi(s) hijo(s) recibirá(n) por correspondencia un libro apropiado para su edad gratuito cada mes hasta que mi hijo cumpla 5 años de edad. Doy mi consentimiento a que se comparta mi información con el personal y los asociados de la Fundación Books from Birth con el fin de inscribir a mi hijo(a) en el programa de Books from Birth.

**\*\*DECLARACIÓN DEL CLIENTE:** Certifico que la información anterior es veraz y correcta. También entiendo mi obligación de informar y proporcionar verificación de cualquier cambio en los ingresos y el tamaño de la familia en un plazo de diez (10) días calendarios. Se me informó de mi derecho a apelar la decisión acerca de los servicios. Además, entiendo que si voluntariamente retengo cualquier información o doy información falsa o tergiverso las circunstancias de alguna de las personas para las que se solicitan los servicios y que por tanto reciba servicios a los que no tengo derecho, seré sujeto a procesamiento penal por parte del Estado de Tennessee por dicho acto.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Además entiendo y estoy de acuerdo en cooperar si un representante del Departamento de Servicios Humanos solicita verificación de los ingresos y el tamaño de la familia.

*El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas.*

*Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.*

*Distribución: Oficina del condado de Certificación de Cuidado infantil  
HS-3408sp (07-19)*

*RDA: 2341  
Página 5 de 6*

**AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE CONMIGO:**

Estoy de acuerdo con que el TDHS se comunique conmigo mediante el servicio de correo de los EE. UU. y por teléfono en la dirección y los números indicados en mi solicitud, y me dejen mensajes si no estoy disponible, según sea necesario para proporcionar información acerca de mi solicitud para beneficios/servicios o acerca de los beneficios/servicios que ya esté recibiendo.

Firma del cliente o representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco del representante con el cliente: \_\_\_\_\_

**Política de Apelación en una Audiencia Imparcial**

Usted tiene derecho a apelar cualquier acción o decisión tomada por esta agencia. Una audiencia imparcial le permitirá explicar por qué piensa que la acción o decisión no se corresponde con las normas establecidas. El funcionario de audiencia imparcial decidirá si la agencia se rigió por las normas correctamente o no. Las personas que deseen apelar deben completar y presentar el formulario de Solicitud de Apelación Consolidada HS-3058 en un plazo de diez (10) días calendario de la fecha de la notificación de negación o cancelación.

Si solicita una Audiencia Imparcial en un plazo de diez (10) días calendario siguientes a la acción o decisión, puede elegir continuar recibiendo pagos de asistencia de cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si solicita una Audiencia Imparcial después de los diez (10) días calendario contados a partir de la fecha de la acción o decisión, no se continuarán los pagos de asistencia de cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si elige continuar recibiendo asistencia para cuidado infantil durante el proceso de la audiencia imparcial y luego se determina que usted no era elegible para recibir asistencia, tendrá que pagar la cantidad total de asistencia para cuidado infantil que no tenía derecho a recibir.

No será penalizado ni tratado injustamente por su Especialista de Cuidado Infantil ni ningún otro empleado del Programa de Certificación por solicitar una Audiencia Imparcial. Puede traer un amigo(a), pariente, o abogado a la Audiencia Imparcial para que hable en su nombre.