



Cómo elegir un Proveedor de Cuidado Infantil • Requisitos del Programa de Subsidios Supporting Early Education and Development (SEED)

Carson City
2527 N. Carson, Ste. 255
Carson City, NV 89706
775-684-0880 | 775-887-1365-f
866-434-2221-Toll Free

Reno – Reno Town Mall
4055 S. Virginia St
Reno, NV 89502
775-746-5511 | 775-746-5530-f
Please address mail to :
The Children's Cabinet

Reno-Rock Boulevard (Main)
1090 S. Rock Blvd.
Reno, NV 89502
775-856-6200 | 775-856-6208-f
800-753-5500-Toll Free

Con frecuencia, encontrar cuidado infantil que responda a las necesidades de una familia es una tarea enorme. Afortunadamente, los padres disponen de varias opciones, en todas las cuales les prestaremos ayuda de distintas maneras. Tenemos la profunda convicción de que los padres deben poder elegir su proveedor de cuidado infantil. No todo el cuidado infantil tiene que estar licenciado; sin embargo, nosotros no damos referencias para el cuidado infantil familiar (sin licencia). Solamente damos referencias de cuidado infantil licenciado. Los padres que reciben subsidios de cuidado infantil pueden elegir entre las opciones de cuidado infantil que figuran más abajo.

Le daremos materiales educativos para el consumidor en los que se explican más detalladamente las opciones de cuidado infantil y los estándares de calidad, a fin de que los pares puedan tomar decisiones informadas.

Cuidado infantil licenciado: El cuidado infantil que cumple con los criterios de licencia y está monitoreado por una agencia de licenciamiento.

- **Cuidado familiar licenciado:** El cuidado infantil que se proporciona en el hogar de una persona que tiene licencia para hasta 6 niños.
- **Hogares licenciados para grupos:** El cuidado infantil que se proporciona en el hogar de una persona que tiene licencia para hasta 12 niños.
- **Centros de cuidado infantil:** El cuidado infantil que se proporciona en un lugar que no es el hogar de una persona; suele ser un edificio diseñado especialmente para el cuidado infantil y que presta servicios a más de 12 niños.

Cuidado familiar no licenciado: El cuidado infantil que cumple con ciertas normas de seguridad y salud y ciertos requisitos de capacidad. Este tipo de cuidado familiar no está licenciado ni es monitoreado.

- **Cuidado infantil por parte de parientes:** El cuidado infantil provisto por un pariente, sea en la casa del pariente o en la suya.
- **Cuidado infantil por parte de un no pariente, fuera del hogar:** Cuidado infantil provisto por un amigo o vecino en la casa de esa persona.
- **Cuidado infantil por parte de un no pariente, en el hogar:** Cuidado infantil provisto por un amigo o vecino en la casa de usted.

~Cómo seleccionar un proveedor de cuidado infantil~

NOTA: Cualquiera sea el tipo de proveedor que usted elija, todos los proveedores deben estar registrados con nuestro programa de subsidios antes de su cita con nuestro manejador de casos.

Proveedores licenciados de cuidado infantil

1. Llame (vea los números que figuran arriba) o visite el Children's Cabinet y solicite hablar con un Especialista en Recursos y Referencias de Cuidado Infantil. Recibirá una lista de proveedores basada en la información que usted dé a dicho Especialista.
2. Llame a los proveedores para ver si tienen sitios libres para niños en el grupo de edad del suyo o suyos.
3. Si un proveedor tiene lugares disponibles, pregúntele si el hogar o centro de cuidado infantil está registrado con el Programa de Subsidios del Children's Cabinet. Si no lo está, pregúntele si estaría dispuesto a registrarse con el programa.
 - En caso afirmativo, póngase en contacto con el departamento de calidad para que podamos enviar al proveedor un paquete de registro.
 - En caso negativo, continúe la búsqueda de un proveedor.
4. Visite a los proveedores que ha elegido para asegurarse de que el proveedor va a responder a las necesidades suyas y de su niño o niños (vea la lista de verificación en el Folleto de Calidad incluido en el paquete).
5. Haga un seguimiento con el proveedor *antes* de la cita con el manejador de casos, a fin de confirmar que el proveedor se ha registrado con el programa de subsidios.

Proveedores familiares de cuidado infantil no licenciados

1. Identifique a alguien en quien usted confía y que esté dispuesto a cuidar a su niño o niños a largo plazo.
2. Repase todos los requisitos para proveedores familiares no licenciados (los requisitos figuran al dorso de esta página) con esa persona.
3. Llame para programar una cita con un especialista en cuidado familiar no licenciado **ANTES** de su cita con el manejador de casos. Su proveedor **DEBE** concurrir a esta cita con usted.
4. **¡IMPORTANTE!** Usted no podrá inscribirse en el programa de subsidios hasta que usted y su proveedor hayan concurrido a esta cita y todos los documentos requeridos estén completos (vea el dorso de esta página).
 - Si su proveedor vive a más de 25 millas de distancia de una oficina del Children's Cabinet, la inscripción del proveedor puede efectuarse por teléfono.
5. Si su proveedor no cumple con los requisitos del programa, dicho proveedor será cesado en el programa y usted tendrá que encontrar un nuevo proveedor.

Repase todos los requisitos para proveedores familiares no licenciados, que figuran al dorso de esta página.



Los Requisitos Para Proveedores Familiares No Licenciados

Cuidado por parte de parientes

Un pariente que cuida a su niño o niños en su hogar (debe cuidar a POR LO MENOS dos (2) niños) o en el del pariente.

EL PROVEEDOR DEBE TENER...

- Documento de identidad para verificar que el proveedor tiene por lo menos 18 años.
- Tarjeta de Seguro Social u otro documento comprobante de autorización para trabajar, a fin de verificar que el proveedor puede legalmente recibir ingresos en los Estados Unidos.
- Verificación de residencia (por ejemplo, cuenta de electricidad u otra cuenta, con una antigüedad no superior a un 1 mes).
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar dentro de 24 horas de registración.
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar de cada miembro de la familia de 18 años de edad y mayores dentro de 3 días de registración.
- Licencia de negocios (necesario depende del condado donde se dara el cuidado a los niños).

SE PEDIRÁ AL PROVEEDOR...

- Leer y firmar el formulario de acuerdo de servicio con subsidio.
- Rellenar el formulario de registro de proveedor.
- Rellenar un formulario W-9 para el IRS.
- Firmar un acuerdo de Divulgación de Antecedentes.
- Tener un teléfono de línea fija o teléfono móvil en condiciones de funcionamiento a todo momento cuando los niños estén a su cuidado.
- Tener un detector de humo, un extintor de incendios y un botiquín de primeros auxilios.
- Realizar una evaluación de seguridad en el hogar donde el proveedor va a cuidar a sus niños.
- Estar de acuerdo y aceptar un entrenamiento inicial de salud y seguridad dentro de un plazo de 30 días de la fecha de registro en el programa de subsidios.
- Completar 24 horas de entrenamiento en un plazo de 90 días de la fecha de registro.
- Completar 24 horas de entrenamiento cada año mientras los niños estén en su cuidado.

NOTA: Las siguientes personas NO pueden actuar como proveedores familiares:

- Cualquier persona con una condena penal o cargos pendientes. Hable para obtener una lista completa de convicciones criminales.
- Pares naturales o adoptivos o tutor legal, independientemente de si viven o no con el niño.
- Cualquier persona que viva en la misma residencia que el niño (excepto niños con necesidades especiales).
- Cualquier cliente subsidiado que reciba asistencia para el cuidado infantil.

Cuidado infantil por parte de un no pariente fuera del hogar

Una persona sin relación familiar con usted, que cuida a su niño o niños en el hogar de la persona. Los proveedores de Washoe County solamente pueden dar cuidado a UN (1) niño en el Programa de Subsidios

EL PROVEEDOR DEBE TENER...

- Documento de identidad de Nevada para verificar que el proveedor tiene por lo menos 18 años.
- Tarjeta de Seguro Social u otro documento comprobante de autorización para trabajar, a fin de verificar que el proveedor puede legalmente recibir ingresos en los Estados Unidos.
- Verificación de residencia (por ejemplo, cuenta de electricidad u otra cuenta, con una antigüedad no superior a un 1 mes).
- Prueba negativa de tuberculosis O declaración de buen estado de salud expedido por un profesional médico.
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar dentro de 24 horas de registración.
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar de cada miembro de la familia de 18 años de edad y mayores dentro de 3 días de registración.
- Licencia de negocios (necesario depende del condado donde se dara el cuidado a los niños).

SE PEDIRÁ AL PROVEEDOR...

- Leer y firmar el formulario de acuerdo de servicio con subsidio.
- Rellenar el formulario de registro de proveedor.
- Rellenar un formulario W-9 para el IRS.
- Firmar un acuerdo de Divulgación de Antecedentes.
- Tener un teléfono de línea fija o teléfono móvil en condiciones de funcionamiento a todo momento cuando los niños estén a su cuidado.
- Tener un detector de humo, un extintor de incendios y un botiquín de primeros auxilios.
- Estar de acuerdo y aceptar un entrenamiento inicial de salud y seguridad dentro de un plazo de 30 días de la fecha de registro en el programa de subsidios.
- Completar 24 horas de entrenamiento en un plazo de 90 días de la fecha de registro
- Completar 24 horas de entrenamiento cada año mientras los niños estén en su cuidado.

SE LE PEDIRÁ A USTED...

- Entregar copias de los registros de vacunaciones de su niño o niños al proveedor de cuidado infantil Y al Children's Cabinet.
- Nota: Si se estima que la salud y/o la seguridad del niño corre riesgos, o cuando los proveedores estén en situación de incumplimiento del programa de subsidios, el Children's Cabinet podrá hacer visitas sin aviso previo.*

Cuidado infantil en el hogar por parte de un no pariente

Una persona sin relación familiar con usted, que cuida a su niño o niños en el hogar de usted. Debe cuidar a POR LO MENOS dos (2) niños.

EL PROVEEDOR DEBE TENER...

- Documento de identidad de Nevada para verificar que el proveedor tiene por lo menos 18 años.
- Tarjeta de Seguro Social u otro documento comprobante de autorización para trabajar, a fin de verificar que el proveedor puede legalmente recibir ingresos en los Estados Unidos.
- Verificación de residencia (por ejemplo, cuenta de electricidad u otra cuenta, con una antigüedad no superior a un 1 mes).
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar dentro de 24 horas de registración.
- Comprobación de antecedentes exhaustiva completar de cada miembro de la familia de 18 años de edad y mayores dentro de 3 días de registración.
- Licencia de negocios (necesario depende del condado donde se dara el cuidado a los niños)

SE PEDIRÁ AL PROVEEDOR...

- Leer y firmar el formulario de acuerdo de servicio con subsidio.
- Rellenar el formulario de registro de proveedor.
- Rellenar un formulario W-9 para el IRS.
- Firmar un acuerdo de Divulgación de Antecedentes.
- Tener un teléfono de línea fija o teléfono móvil en condiciones de funcionamiento a todo momento cuando los niños estén a su cuidado.
- Tener un detector de humo, un extintor de incendios y un botiquín de primeros auxilios.
- Realizar una evaluación de seguridad en el hogar de usted.
- Estar de acuerdo y aceptar un entrenamiento inicial de salud y seguridad dentro de un plazo de 30 días de la fecha de registro en el programa de subsidios.
- Completar 24 horas de entrenamiento en un plazo de 90 días de la fecha de registro.
- Completar 24 horas de entrenamiento cada año mientras los niños estén en su cuidado.

SE LE PEDIRÁ A USTED...

- Firmar un formulario de responsabilidad del empleador. Debido a que el proveedor va a cuidar a sus niños en su casa de usted, usted es considerado un empleador y debe pagar los impuestos del empleado al IRS.

DIVISIÓN DE BIENESTAR SERVICIOS DE APOYO SOCIAL


Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS) trabaja en colaboración con The Children's Cabinet y Las Vegas Urban League para proporcionar asistencia de cuidado de niños a las familias de bajos ingresos para que los padres puedan trabajar. El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) paga una porción de los costos de cuidado de niños para familias elegibles basado en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños y recibir una evaluación formal. La siguiente tabla puede utilizarse como guía para determinar si su familia podría ser elegible.


Cómo solicitar asistencia

Puede ponerse en contacto con cualquiera de los centros siguientes en persona, por teléfono, fax o correo electrónico para solicitar asistencia o conseguir más información sobre nuestro programa.

En el sur de Nevada

 <p>Las Vegas Urban League</p>	<p style="text-align: center;">ADMINISTRACIÓN</p> <p>2470 N. Decatur, Ste. 150 Las Vegas, NV 89108 Teléfono: (702) 473-9400 Llame gratis al: (855) 4UL-KIDS Fax: (702) 405-8583 Fax elegibilidad: (702)410-9906 Email: childcareinfo@lvul.org</p>	<p>3320 E. Flamingo Rd Suite N° 49 Las Vegas, NV 89121 Teléfono: (702) 570-5161 Fax: (702) 331-1417</p>
--	--	---

En el norte de Nevada

 <p>The Children's Cabinet</p>	<p style="text-align: center;">ADMINISTRACIÓN</p> <p>1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 856-6210 Fax: (775) 856-6208 Llame gratis al: 1-800-753-5500 Email: mail@childrenscabinet.org</p>	<p>4055 S. Virginia St Reno, NV 89502 Teléfono: (775) 746-5511 Fax: (775) 746-5530</p>	<p>2527 N. Carson St. Ste. N° 255 Carson City, NV 89706 Teléfono: (775) 684-0880 Fax: (775) 887-1365 Llame gratis al: 1-866-434-2221</p>
--	--	--	--

Ayuda para encontrar a un proveedor de cuidado de niños

El cuidado de niños de calidad ayuda a su niño a desarrollarse y prepararse para la escuela. Si usted necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de niños de calidad u otro recurso, comuníquese con uno de los miembros de nuestro personal del programa de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños llamando a The Children's Cabinet o a Las Vegas Urban League (indicados arriba).

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”

Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
 - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
 - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
 - Residencia de Nevada;
 - Todos los ingresos;
 - Parentesco de todos los miembros del hogar;
 - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

Información importante – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

Acomodaciones especiales

Special Accommodations

Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.
This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”

Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
 - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
 - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
 - Residencia de Nevada;
 - Todos los ingresos;
 - Parentesco de todos los miembros del hogar;
 - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

Información importante – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría teminarse.

Acomodaciones especiales

Special Accommodations

Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.
This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR. *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

Origen étnico: **H** = Hispano/latino **N** = No hispano/latino

Raza: **A**–Asiático; **B**–Negro o afroamericano; **I**– Indio Americano o Nativo de Alaska; **N**–Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **W**–Blanco

Estado civil: **S**–Soltero; **M**–Casado; **N**–Separado; **D**–Divorciado; **W**–Viudo

ADULTOS:

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
	Sí mismo ●							

NIÑOS (menores de 18 años):

Nombre legal	Parentesco con usted	S e x o	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									<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
Dirección residencial				Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Dirección de correo electrónico					

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:

1. ¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____	
2. ¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____	
3. ¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____	

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ Fecha prevista de regreso: _____

6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____

7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Cuándo: _____ Dónde: _____

8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Programa: _____ Fecha de inicio: _____

9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Tipo de bienes: _____

10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?: _____ Cantidad pagada: _____ Frecuencia: _____

¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero? Sí No

12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños? Sí No

Si la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado

INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES): Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 – TANF | <input type="checkbox"/> 08 – Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> 15 – WIC | <input type="checkbox"/> 22 – Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> 02 – SNAP | <input type="checkbox"/> 09 – Seguro de discapacidad temporal | <input type="checkbox"/> 16 – Propinas | <input type="checkbox"/> 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> 03 – Vivienda subvencionada | <input type="checkbox"/> 10 – Dinero para educación/Becas Pell | <input type="checkbox"/> 17 – Dividendos | <input type="checkbox"/> 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes |
| <input type="checkbox"/> 04 – Pagos de cuidado temporal | <input type="checkbox"/> 11 – Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> 18 – Regalías | <input type="checkbox"/> 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación |
| <input type="checkbox"/> 05 – Beneficios de Veteranos | <input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones o préstamos | <input type="checkbox"/> 19 – Intereses | <input type="checkbox"/> 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación |
| <input type="checkbox"/> 06 – Dinero en pago único | <input type="checkbox"/> 13 – Retiro ferroviario | <input type="checkbox"/> 20 – Ganancias de juego | <input type="checkbox"/> 27 – Subvenciones de adopción |
| <input type="checkbox"/> 07 – Asignación militar | <input type="checkbox"/> 14 – Liquidaciones de seguro | <input type="checkbox"/> 21 – Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> 28 – Medicaid |

Otro: _____

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

EMPLEO: Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:

CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN: Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	Nombre:
	Dirección:
	Teléfono: ()
	Nombre:
	Dirección:
	Teléfono: ()

SUS DERECHOS

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente.

Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del padre legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo padre o tutor del niño(s)	Fecha
---	-------	---	-------

**SI NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR DONDE RESIDE EN LA ACTUALIDAD,
¿DESEA INSCRIBIRSE AQUÍ HOY MISMO?**

(Marque una respuesta)

SÍ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La **Ley Nacional de Registro de Votantes** le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.



SECRETARIO DE ESTADO BARBARA K. CEGAVSKE
ESTADO DE NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR

Núm. de Solicitud
H

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde vive. No debe poner un apartado postal como dirección residencial.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 11 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido político calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 14 – AYUDANDO A LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 14. EL NO HACERLO ES UN DELITO MAYOR (FELONY).

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por Correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Línea—el martes, 21 días antes de una elección.
- ★ En Persona en la oficina del Secretario o Registrador del Condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones Especiales o de Destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su Condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del Condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del Condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del Condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la Oficina de su Secretario o Registrador del Condado local. Vea el reverso de esta página.

■ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE.

USE TINTA NEGRA – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE				ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA \$20,000.				
1	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "no" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, no llene este marco.	2	Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-14					
				<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción	<input type="checkbox"/> Cambio de Partido			
				<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre	<input type="checkbox"/> Cambio de Dirección			
3	Apellido (solamente)	Primer nombre (solamente)	Segundo nombre (solamente)	Jr. Sr. II III IV				
4	Dirección Residencial (No Apartado Postal ni Dirección de Empresa. Vea las Instrucciones.)			Núm. de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	
5	Dirección Postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado Postal o Dirección de Reenvío de Correo)			6	Fecha de nacimiento (mes/día/año)		7	Lugar de nacimiento (estado o PAÍS)
8	Núm. de Licencia de Manejar/ID de NV/los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social	9	Núm. de Teléfono (Opcional)	10	Correo Electrónico (Opcional)			
11	Inscripción de Partido—Marque sólo uno		12	<p align="center">"Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de los EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Declaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto".</p> <p align="center">↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ ↓ FECHA (REQUERIDA) ↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 10px auto;"></div> <p align="right">(MM / DD / AAAA)</p>				
		<input type="checkbox"/> Partido Demócrata (Democratic Party) <input type="checkbox"/> Partido Americano Independiente (Independent American Party) <input type="checkbox"/> Partido Libertario (Libertarian Party) <input type="checkbox"/> No Partidista (ninguna afiliación de partido) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (Republican Party) <input type="checkbox"/> Otro partido político – Escriba abajo						
13	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, Calle, Núm de apto., Ciudad, Estado y código postal de la dirección anterior)							
14	¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del Condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor.							
		Nombre		Dirección Postal		Ciudad/Estado/Código postal		Firma

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRÉADAS A CONTINUACIÓN.

DATE STAMP	<input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. H RECEIVED BY:
------------	--	-----------------------------------	--

↑ Separe Aquí ↑

↑ Separe Aquí ↑

↑ Separe Aquí ↑

**NOMBRE DE LA PERSONA
 RETENIENDO ESTA SOLICITUD**
SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE,
 FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA
 PERSONA LA SOLICITUD

NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE
 MOLDE RETENIENDO LA SOLICITUD

FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA
 Información de Contacto, Dirección, Teléfono, Fax

**RECIBO DE SOLICITUD PARA EL
 VOTANTE**
(Guarde Su Recibo)
 Si no recibe una Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada por correo dentro de 10 días, llame o visite a su Departamento de Elecciones del Condado.

Núm. de Solicitud: H