

# SOLICITUD DE AYUDA PARA CUIDADO INFANTIL DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO EN LA PRIMERA INFANCIA DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO

EPICS Application ID:

Fecha de recepción / /

## SECCIÓN I: Información del participante

|                                                                                                                                                   |           |            |                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Su nombre: <i>(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)</i>                                                                                  |           |            | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a                            |
| Domicilio real/Nro. y calle                                                                                                                       |           |            | Domicilio postal/Casilla postal                                                                                                                                                                            |
| Teléfono                                                                                                                                          | principal | secundario | Idioma preferido :                                                                                                                                                                                         |
| Método para recibir documentos de asistencia para el cuidado de niños <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico |           |            |                                                                                                                                                                                                            |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                  |           |            | ¿Usted o su cónyuge presta servicio en las fuerzas militares en este momento?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, servicio <input type="checkbox"/> Sí, Guardia Nacional o Reserva |

## Seleccione una sola opción que describa su situación de vivienda actual:

|                                                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En un hogar propio o alquilado                                                                          | <input type="checkbox"/> Viviendo en casa de amigos o familiares en forma permanente          | <input type="checkbox"/> Temporalmente en casa de amigos, familiares otras personas |
| <input type="checkbox"/> En un refugio                                                                                           | <input type="checkbox"/> En una vivienda de transición o en un programa de vida independiente | <input type="checkbox"/> En un motel o un hotel                                     |
| <input type="checkbox"/> En una casa rodante o                                                                                   | <input type="checkbox"/> No tengo un lugar habitual donde dormir                              |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> En un automóvil, carpa, parque, estación de autobús o de tren, edificio abandonado u otro lugar público |                                                                                               |                                                                                     |

## SECCIÓN II: Verificaciones

|                                                                  |                                                         |                        |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|
| ¿Alguna vez recibió ayuda para cuidado infantil en Nuevo México? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | ¿Qué ciudad o condado? |
| ¿Alguna vez usó un nombre diferente para recibir servicios?      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | ¿Qué nombres usó?      |

**SECCIÓN III: Indique quiénes viven en el hogar, incluido usted mismo, padres/madres/tutores y todos los dependientes de los que usted es responsable. También se puede incluir a los abuelos/abuelas que vivan en el hogar.**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:** No se requiere proporcionar comprobante de ciudadanía, estado migratorio o un Número de Seguro Social (SSN) para los padres que solicitan Asistencia para el Cuidado de Niños para sus hijos. El número de seguro social y la información de estado migratorio solo son necesarios para los niños que participan en el programa.

| Miembros del hogar (Nombre y apellido) | Raza* | ¿Hispano?<br>S/N | Fecha de nacimiento<br>MM/DD/AA | Sexo<br>M/F | ¿Parentesco con usted? | ¿El niño/la niña tiene una discapacidad?<br>S/N | ¿El niño/la niña es un ciudadano de EE. UU./extranjero calificado? |
|----------------------------------------|-------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |
|                                        |       |                  |                                 |             |                        |                                                 |                                                                    |

\* Tipos de razas: 1. Indígena americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro o afroamericano 4. Isleño del Pacífico o nativo de Hawái 5. Blanco 6. Otro (específica)

SECCIÓN IV: Información laboral y sobre ingresos no laborales

¿Los bienes de su familia exceden la suma de \$1,000,000 (un millón de dólares)? ☐ Yes ☐ No

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |                                              |                                               |                                                       |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Está recibiendo alguno de los siguientes?:                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                              |                                               |                                                       |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> TANF y/o asistencia del gobierno (beneficios de VA)                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensiones | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Otros ingresos tales como: Indemnización laboral, regalías, etc. |
| ¿En qué actividades participan los miembros adultos del hogar? <input type="checkbox"/> Empleo/autoempleo <input type="checkbox"/> Escuela/educación <input type="checkbox"/> Actividad aprobada por TANF <input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo |                                                      |                                              |                                               |                                                       |                                                                                           |

| Requisitos de trabajo/educación - Trabajo (W), Educación (E), Búsqueda de trabajo (J), Demostración de incapacidad (I) |           |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre                                                                                                                 | Actividad | Empleador o institución educativa (Nombre, dirección y teléfono) |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |
|                                                                                                                        |           |                                                                  |

## SECCIÓN V: Sus derechos y responsabilidades

**Por favor: (1) lea cada sección con atención; (2) asegúrese de entender cada declaración; (3) pida las aclaraciones que necesite; y (4) firme y ponga la fecha al pie.**

Le damos la bienvenida al Programa de ayuda para el cuidado infantil. Este programa es para apoyar a nuestras familias mientras trabajan, asisten a la escuela, participan en una actividad aprobada o participan en TANF. Puede solicitar una copia completa de las reglaciones de ayuda para el cuidado infantil (8.9.3 NMAC) en su oficina local u obtener una copia en [www.nmceecd.org](http://www.nmceecd.org).

### ACUERDO PARA PROVEER INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo en proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios para mí y para otras personas para quienes estoy presentando la solicitud. Comprendo que ya no es necesario mi número de seguro social para recibir beneficios. Comprendo que tengo que demostrar mi elegibilidad y estar de acuerdo en hacer esto. Doy mi permiso al Departamento de Educación y Cuidado en la Primera Infancia de Nuevo México (ECECD por sus siglas en inglés) para que se comunique con personas o agencias que tengan conocimiento de mis circunstancias para obtener la información necesaria que quizás no pueda dar o verificar. Comprendo que toda la información proporcionada al ECECD es confidencial y está restringida a los empleados del ECECD que la necesitan para la administración de los programas para los que he presentado mi solicitud y que esta información se utilizará únicamente con el propósito de establecer la elegibilidad, la cantidad de beneficios o para la prestación de servicios. También comprendo que la información confidencial puede ser dada a conocer a otras agencias que participan en la administración de programas de ayuda federal que ofrecen beneficios de ingresos suplementarios.

### DERECHOS DE LOS CLIENTES

**Requisitos de la solicitud.** Para decidir si puede recibir beneficios de cuidado infantil, debe entregar una solicitud completa y ciertos documentos, incluidos comprobante de ingresos contables, comprobante de edad, parentesco e identidad de su hijo/a e información obligatoria de todos los miembros del hogar. Véase 8.9.3.10 NMAC.

Si no presenta todos los documentos requeridos con su solicitud, el ECECD le enviará una carta para indicarle qué documentos debe presentar. Tendrá al menos 14 (catorce) días para entregar esos documentos. Véase 8.9.3.10(C) NMAC. El ECECD debe procesar su solicitud dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de todos los documentos requeridos. Véase 8.9.3.16(C) NMAC. Puede consultar la lista de documentos requeridos en [www.nmceecd.org/child-care-assistance/](http://www.nmceecd.org/child-care-assistance/)

**Búsqueda de un proveedor de cuidado infantil.** El ECECD promueve el acceso igualitario. Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de su preferencia. Puede obtener una lista de proveedores en <https://childcare.ececd.nm.gov/search> o llamar a New Mexico Kids Resource and Referral al 505.277.7900 en Albuquerque o al 1.800.691.9067 en todo el estado para solicitarla. Para ver los requisitos de salud y seguridad que cumple el proveedor, el historial de infracciones de esos requisitos y la calificación de calidad que tiene el proveedor, visite <https://www.nmceecd.org/child-care-services/child-care-licensed-and-registered-provider-inspection-surveys/>. Si tiene cualquier inquietud sobre su proveedor de cuidado infantil, incluidas las relativas a maltrato o negligencia, llame al 1- 888-351-0037 o envíe un correo electrónico a [ChildCare.Complaint@state.nm.us](mailto:ChildCare.Complaint@state.nm.us).

**Duración de los beneficios.** Si califica para los beneficios, el ECECD debe aprobarlo para un período de elegibilidad de 12 meses, salvo que usted solicite un período más corto. Véase 8.9.3.11(B) NMAC. Si en cualquier momento durante su elegibilidad de 12 meses no necesita cuidado infantil, puede suspender su caso. Durante ese tiempo, no se le pagará al proveedor de cuidados de su hijo/a. Esa solicitud puede presentarse ante el departamento por fax, correo electrónico o teléfono. Véase 8.9.3.14(A) NMAC.

Usted seguirá siendo elegible para recibir la ayuda para cuidado infantil si se produce un cambio temporal en su actividad. Algunos cambios de actividad temporales son: 1) ausencia limitada del trabajo de padres empleados, incluidos los períodos de licencia familiar (incluida la licencia parental) o licencia por enfermedad; 2) interrupción del trabajo de un trabajador estacional; 3) día feriado o de descanso para padres que estudian en una institución educativa o participan en un programa de capacitación; o 4) reducción de las horas de trabajo, capacitación o educación, siempre que el/la padre/ madre todavía esté trabajando o asistiendo a una capacitación o educación, 5) interrupción de trabajo o asistencia de algún programa de entrenamiento o educacional menor de tres meses. Véase 8.9.3.7(T)(3) and 8.9.3.11(B)(4) NMAC.

Si la pérdida de actividad deja de ser temporal. Su contrato de colocación del cuidado infantil con su proveedor estará cerrado pero usted seguirá siendo elegible hasta el término de los 12 meses de su elegibilidad. Véase 8.9.3.11(B)(5), 8.9.3.14(B).

**Quejas.** Si no está satisfecho con los servicios que ha recibido o tiene preguntas sobre su caso que cree que el encargado de su caso no ha podido abordar, puede solicitar hablar con un supervisor. También puede presentar una queja oralmente o por escrito en cualquier momento a una oficina de ayuda para cuidado infantil. Véase 8.9.3.23 NMAC

**Confidencialidad.** Su información permanecerá confidencial y solo se divulgará en las siguientes circunstancias: a usted cuando lo solicite; a alguien que tenga su autorización por escrito; cuando el individuo participe en la administración de programas con asistencia federal; o según se solicite en una citación. Véase 8.9.3.25 NMAC.

**Declaración sobre derechos civiles.** Es ilegal discriminar contra cualquier solicitante o beneficiario de un programa administrado por el ECECD por motivos de raza, color, sexo, edad, credo, origen nacional, discapacidad o creencias políticas. Se pueden presentar quejas por discriminación ante la oficina central del ECECD, el Departamento de Justicia de los EE. UU. o la Comisión de Derechos Civiles de Washington, D.C.

**Audiencia imparcial** Si no está de acuerdo con alguna decisión que se haya tomado sobre cualquier asunto relacionado con su caso, usted o su representante puede solicitar una audiencia imparcial. En la audiencia imparcial pueden participar con usted un amigo u otros familiares. También puede obtener asistencia legal gratuita. Para obtener más información sobre la ayuda legal gratuita, llame a NM Legal Aid al (833) LGL-HELP ((833) 545-4357). La solicitud de audiencia imparcial debe hacerse por escrito dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Departamento actuó afectando sus beneficios. Envíe la solicitud por correo a ECECD-Early Care, Education and Nutrition, PO Drawer 5619 Santa Fe, NM 87502-5619. Usted tiene derecho a examinar, antes de la audiencia, el expediente de su caso y los documentos utilizados en la determinación de la acción apelada. Puede optar por seguir recibiendo beneficios hasta el resultado de la audiencia imparcial. Sin embargo, si la decisión no es a su favor, se le pedirá que reembolse ese dinero, salvo que la decisión de la audiencia o el Director de División autorice lo contrario. Véase 8.9.3.22 NMAC

## RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES.

**Costos de los clientes.** Usted puede ser responsable de pagar costos incidentales en situaciones tales como excursiones, almuerzos especiales u otras situaciones similares; e impuestos sobre los ingresos brutos a los proveedores. Véase 8.9.3.15(E)(1-3) NMAC.

**Responsabilidad por el copago.** . Es posible que deba pagar una parte de los costos de cuidado infantil conocidos como "copagos". Los copagos se determinan de acuerdo con los ingresos y la cantidad de miembros del hogar. Los copagos por cada niño adicional se determinan a la mitad del copago del niño anterior. El copago de cada niño se ajusta en función del período que el niño esté bajo cuidado. Los clientes le pagan los copagos directamente a su proveedor de cuidado infantil y deben mantenerse al día en sus pagos. Un cliente que no paga copagos puede ser descalificado hasta que los pague o hasta que se llegue a un acuerdo entre el cliente y el proveedor para poner al día dichos copagos. En el momento de la recertificación se vuelven a determinar los copagos. Puede obtener un programa de copagos en la oficina de cuidado infantil local o en <https://www.nmcecd.org/child-care-assistance/>. Véase 8.9.3.13(A-D) NMAC.

Usted es responsable de pagar las horas adicionales de cuidado infantil utilizadas pero no autorizadas en el Acuerdo de colocación de cuidado infantil aprobado. Véase 8.9.3.17(D) NMAC.

**Avisos de cambios.** Si se produce un cambio que afecta su necesidad de cuidados, incluido un cambio no temporal en la actividad, o si entran o salen miembros del hogar, debe notificar ese cambio al ECECD en un plazo de catorce (14) días corridos. Véase 8.9.3.13(F) NMAC.

Debe notificar a los proveedores y al encargado de su caso al menos 14 días antes de cambiar de proveedor. Si no notifica al ECECD de un cambio de proveedor al menos 14 días antes de que se lleve a cabo el cambio, usted será responsable del pago al nuevo proveedor hasta la fecha final de pago al proveedor anterior. Véase 8.9.3.13(F)(4) NMAC.

**Verificaciones.** Con su consentimiento, un representante del departamento puede contactar a otras personas para verificar su elegibilidad para la ayuda para el cuidado infantil. La información que usted brinde estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales estatales y locales, por medio de comparación cruzada por computadora con otros organismos y a través del Sistema de verificación de ingresos y elegibilidad del Estado.

**Sanciones por fraude.** Se considera fraude presentar información falsa, omitir información importante a sabiendas o hacer un mal uso de los beneficios de ayuda para el cuidado infantil. Si se determina que usted ha cometido fraude, el departamento podrá iniciar las sanciones correspondientes, incluida la recuperación de pagos, la cancelación de los beneficios y la remisión a las autoridades. Véase 8.9.3.20 NMAC.

Declaro haber recibido, leído y comprendido los derechos y responsabilidades incluidos en el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SECCIÓN VI: Registro para votar

SI USTED NO está registrado para votar donde vive ahora, *¿le gustaría registrarse hoy para votar aquí?* (Marque una casilla): ☐ Si ☐ No  
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE EN ESTE MOMENTO PARA VOTAR.

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES le brinda la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea ayuda para completar un formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. Usted decide si buscará o aceptará ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado

**IMPORTANTE:** : Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que le brindará este organismo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD:** Ya sea que decida registrarse para votar o no, su decisión será confidencial. **SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, o en su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político, o que se produjo otra interferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina del Secretario de Estado, 419 State Capital, Santa Fe, NM, (teléfono: 1-800-477-3632).**

## SECCIÓN VII: Para uso exclusivo de la Oficina

|                                          |                                                                                                                  |                                                                                                                 |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La solicitud de cuidado infantil es una: | Admisión <input type="checkbox"/> Recertificación <input type="checkbox"/> Otro/a <input type="checkbox"/> _____ | Total de ingresos mensuales \$ _____                                                                            |
| Comentarios:                             |                                                                                                                  |                                                                                                                 |
| Firma del encargado del caso _____       | Fecha _____                                                                                                      | La solicitud de cuidado infantil es: Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> _____ |
| Ayuda para el cuidado infantil           | <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Inválida           |                                                                                                                 |