



## Solicitud para el Programa de Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC)

¿Tiene usted algún impedimento físico o mental que le dificulte la comunicación? Si es así, puede recibir formularios y avisos en los siguientes formatos. Marque el que desee.

- No solicita ninguno       Cinta de audio       Braille  
 Disco de computadora       Letra grande       Presentación oral

Hable con el trabajador(a) o con la recepcionista para más información.

**Por favor lea estas instrucciones *antes* de llenar este formulario de solicitud. Conteste *todas* las preguntas. No escriba en las áreas sombreadas.**

**Para comunicarse con nuestra oficina**

Si tiene preguntas o desea informar cambios, llame a nuestra oficina:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Quién debe llenar esta solicitud?**

Esta solicitud es para el Programa de Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC). Es sólo para beneficios de cuidado de niños. Las familias que deseen recibir beneficios en efectivo, médicos o de comida no deben usar este formulario.

**¿Cómo solicito ERDC?**

1. Llene y presente esta solicitud en la oficina local.
2. Presente comprobante de elegibilidad.
3. Entrevístese en persona o por teléfono con un trabajador(a).

**¿Cómo pruebo mi elegibilidad?**

Tendrá que presentar comprobantes de sus ingresos. Los siguientes son ejemplos. Traiga o envíe los que correspondan a su caso.

- Talones de pago o declaración de ingresos brutos del empleador.
- Cheque de Compensación de Trabajadores.
- Última carta de adjudicación de la Administración de Seguridad Social o de Veteranos.
- Fallo judicial con la cantidad de manutención de hijos o pensión alimentaria.
- Registros de ingresos de trabajo por cuenta propia.
- Declaración de impuestos del año anterior, si trabaja por cuenta propia.
- Carta de adjudicación de ayuda financiera para estudiantes.
- Registros de propiedades y otras fuentes de ingresos.

(sigue al dorso) ↓

(Viene de la página 1)

Si su hijo es discapacitado, usted puede tener derecho a recibir una tarifa más alta para el cuidado de niños. La discapacidad de su hijo debe requerir cuidado especial. Para saber si es elegible, llene y presente un formulario de **Solicitud de Tarifa de Cuidado de Niños con Necesidades Especiales** (DHS 7486).

Aunque su hijo sea mayor de 11 años, usted puede ser elegible para recibir ayuda para cuidado de niños, siempre que el niño cumpla con ciertos requisitos. Para saber si es elegible, hable con su trabajador(a).

### Derechos del solicitante

Usted tiene derecho a hablar con su trabajador(a) o con una persona con autoridad.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su solicitud.

### Responsabilidades del cliente

Si usted recibe ERDC, debe informar los siguientes cambios **dentro de los 10 días de ocurridos**:

- Cambios de proveedor de cuidado de niños.
- Cambios en su situación de empleo.
- Cambios de dirección postal o residencia.
- Cambios en la cantidad de personas que viven con usted.
- Cambios en la fuente o el monto de sus ingresos.

Un cliente asignado al **Sistema de informe simplificado** debe informar los cambios a más tardar el día 10 del mes siguiente al mes en que ocurrió el cambio. Su trabajador(a) le explicará estos cambios.

Para seguir recibiendo beneficios, debe volver a solicitarlos llenando el formulario de **Renovación de Solicitud de Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC) y Programa de Asistencia Nutricional Complementaria** (*Supplemental Nutritional Assistance Program o SNAP*) (DHS 7476) o la **Solicitud de Servicios** (DHS 0415F).

Si su caso se elige para una revisión, usted debe cooperar con el Departamento de Servicios Humanos (DHS).

Usted se debe comprometer a usar proveedores de cuidado de niños que cumplan con los requisitos de inscripción de DHS.

**Corte esta página y guárdela para referencia.**

El Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services o DHS*) no discrimina a persona alguna. Esto significa que DHS ayuda a todas las personas que tienen derecho a recibir sus servicios. DHS no negará ayuda a persona alguna debido a su edad, raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas o discapacidad. Puede presentar una queja si considera que DHS le dio diferente trato por cualquiera de estas razones.

**Solicitud para el Programa de Cuidado de Niños  
Relacionado con el Empleo (ERDC)**

[Application for Employment Related Day Care Program (ERDC)]

Agency use only			
Program:	Agency:	Case number:	Worker ID:
Case name:			FILE

1 Nombre ( <i>apellido, nombre, inicial</i> ):	Otros nombres que usó:	¿Piensa quedarse en Oregon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Nº de teléfono de la casa:
Dirección postal ( <i>si es diferente</i> ):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Nº de mensajes o trabajo:
Si no habla ni lee inglés:	¿Qué idioma habla?	¿Qué idioma lee?	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**2 Dé los nombres de todas las personas que viven con usted, aunque no solicite beneficios para ellos.** Agregue otra hoja si necesita más espacio.

**\*Herencia racial o etnia** - Pedimos esta información para cumplir con las leyes Federales de Derechos Civiles. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite hacerlo. No tiene obligación de darnos esta información. No afectará su elegibilidad para recibir servicios. (*Elija uno o más para cada persona.*) **W** - Blanco **H** - Hispano o Latino **B** - Negro **I** - Indígena Americano/Nativo de Alaska **A** - Asiático **P** - Isleño del Pacífico/Nativo de Hawai.

**\*\* Es voluntario dar el número de Seguro Social cuando solicita ERDC.**

Nombre ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )	Parentesco	Nº de Seguro Social**	Fecha de nacim.	Sexo	¿Necesita cuidado?	¿Ciudadano de los EE.UU.?	Cuidado especial por discapacidad?	Herencia racial-etnia* ( <i>círculo</i> )
	Yo			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W B A H I P
				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W B A H I P
				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W B A H I P
				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W B A H I P
				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	W B A H I P

**3 ¿Está al día el registro de inmunizaciones (vacunas) de sus hijos?** .....  Sí  No

Si no es así, hable con su médico o con el Departamento de Salud local para más información. Para recibir cuidado de niños, debe comprometerse a cumplir con las normas de inmunización del Estado.

**4 ¿Trabaja alguien?** (*Estudiantes: incluir trabajo para estudio.*)  Sí  No **Si contestó sí, llene a continuación.**

Indique cada trabajo para cada persona empleada o que trabaje por cuenta propia. **Adjunte comprobante** de los ingresos recibidos el mes pasado y este mes. Si es un trabajo nuevo, dé la fecha en que empezó a trabajar: \_\_\_\_\_

Marque aquí si trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/>	Trabajo N°1	Trabajo N°2	Trabajo N°3
Nombre de la persona empleada			
Nombre y número de teléfono del empleador			
Pago por hora	\$	\$	\$
Si no le pagan por hora, explique sus ingresos aquí:			
Horas ( <i>por semana</i> )			
Frecuencia de pago ( <i>semanal, mensual</i> )			
Fechas de pago			
Propinas por semana			
Adelantos, horas extras, premios o comisiones	\$	\$	\$
¿Continuarán estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
* Si los ingresos van a cambiar, explique aquí los motivos:			
Nueva cantidad	\$	\$	\$
Fecha del cambio			

**5 Dé información sobre su horario de trabajo y sus proveedores de cuidado de niños.**

**Horas normales de trabajo:** De: \_\_\_\_\_ am / pm A: \_\_\_\_\_ am / pm  
**Días normales de trabajo:**  Lunes  Martes  Miérc.  Jueves  Viernes  Sáb.  Dom.  
**Otros horarios (describa):** \_\_\_\_\_

**Proveedor de cuidado:** \_\_\_\_\_ **N° de teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Segundo proveedor:** \_\_\_\_\_ **N° de teléfono:** \_\_\_\_\_

**6 ¿Recibe alguien dinero de otra fuente?**  Sí  No Si contestó sí, llene abajo. **Adjunte comprobante.**

- Algunos ejemplos son:
- Seguro Social
  - Ingreso por intereses
  - Compensación por desempleo
  - Beneficios de veteranos
  - Compensación de trabajadores
  - Ingreso de estudiante/Dinero para escuela
  - Manutención de hijos
  - Préstamos o regalos
  - Premios

Nombre de la persona que recibió el otro dinero	Origen de ese otro dinero	¿Cada cuánto?	Cantidad de cada pago	Cantidad este mes	¿Continuarán estos ingresos?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*

\* Si los ingresos van a cambiar, dé la nueva cantidad, el motivo y la fecha del cambio.

**7 ¿Estudia alguien en la universidad, escuela profesional u otro programa de capacitación?**  Sí  No  
 Si contestó sí, adjunte una copia de su carta de adjudicación de ayuda financiera.

Nombre del estudiante:	<input type="checkbox"/> No graduado <input type="checkbox"/> Graduado	Horas crédito/semana	Nombre de la escuela/Programa capacitación
	<input type="checkbox"/> No graduado <input type="checkbox"/> Graduado		

**8 ¿Tiene alguien cobertura médica además del Plan de Salud de Oregon?** .....  Sí  No  
 Si contestó no, ¿se ofrece la cobertura a través del trabajo de alguien? .....  Sí  No

**9 ¿Necesita usted escapar de una situación de abuso?** .....  Sí  No

He leído la información adjunta a esta solicitud. Mediante mi firma en esta solicitud, juro bajo pena de perjurio que he dado información verdadera y completa. Sé que si hago declaraciones falsas u oculto información puedo quedar sujeto a sanciones estatales y federales. Autorizo a la División de Manutención de Hijos (*Division of Child Support* o DCS) del Departamento de Justicia (*Department of Justice* o DOJ) a divulgar mis registros sobre manutención de hijos a DHS.

Si usted brindó su SSN a otros programas, DHS puede usar su SSN para preparar datos generales o informes requeridos por las fuentes de financiación del programa que usted solicita o del recibe beneficios. DHS puede usar su SNN para llevar a cabo actividades de mejora y control de calidad.

Firma completa del solicitante:	Fecha:
Firma completa del cónyuge o pareja:	Fecha:

**Sólo para uso de la agencia / Agency use only**

Date of request:	Date pending:	Date approved:	Date denied:
------------------	---------------	----------------	--------------

Client referred to:  
 CC Resource & Referral  Headstart  DHS  SPD  SED  VRD  Other:

Comments: