



# Solicitud de Redeterminación de Cuidado Infantil

Es hora de renovar sus beneficios de cuidado infantil. Use esta solicitud solo si actualmente recibe Asistencia para Cuidado Infantil del DES.

Puede ahorrar tiempo y renovar sus beneficios en línea con A-to-Z Arizona en [atozarizona.gov](http://atozarizona.gov).



Escanee este código QR para comenzar.

Si no puede acceder al portal, elija otra opción.

- Visite el sitio web de Cuidado Infantil del DES en [des.az.gov/services/child-and-family/child-care](http://des.az.gov/services/child-and-family/child-care) para descargar y completar una solicitud, o complete la solicitud adjunta.
- Escanee y envíe por correo electrónico su solicitud y documentos a una oficina de Cuidado Infantil del DES, o
- Envíe su solicitud y documentos a una oficina de Cuidado Infantil del DES por fax, correo de EE.UU. o en persona.

Para encontrar una oficina de Cuidado Infantil del DES, utilice el Localizador de Oficinas del DES en nuestro sitio web.

¿Preguntas? Comuníquese con un Especialista en Cuidado Infantil: 1-833-947-6396.

**Una solicitud completa también debe incluir documentos que verifiquen la información proporcionada. Los documentos aceptables se enumeran a continuación.**

**► Prueba de su identidad:**

- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir
- Identificación estatal
- Identificación escolar
- Pasaporte
- Tarjeta de registro de votante
- Tarjeta del censo familiar tribal
- Documentos de ciudadanía e inmigración

**► Comprobante de ciudadanía o estatus de no ciudadano calificado para cada niño que necesite cuidado infantil:**

Documentos de ciudadanía estadounidense:

- Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.
- Tarjeta del Seguro Social de EE.UU. sin restricciones
- Acta de nacimiento de EE.UU.
- Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561)
- Certificado de nacimiento emitido por el Departamento de Estado (*FS-545* o *DPS-1350*)
- Certificado de naturalización (N-550 o N-570)
- Documento tribal nativo americano
- Tarjeta de identificación de ciudadano de EE.UU. (I-197)
- ID para uso de ciudadano residente en EE. UU. (Formulario I-179)

Documentos para extranjeros calificados: *(deben estar vigentes y no vencidos):*

- Tarjeta de identificación de Arizona emitida por el Departamento de Transporte de Arizona
- Pasaporte extranjero con el Formulario I-94/94A y registro de entrada y salida
- Pasaporte extranjero que contenga un sello del Formulario I-551 o una anotación impresa del Formulario I-551
- USCIS/Número de registro de extranjero

► **Comprobante de ingresos laborales de todas las fuentes de empleo para todas las personas del hogar:**

- Copia del talón de pago más reciente
- Declaración del empleador que indique la fecha de inicio, la tarifa por hora, el horario de trabajo y la frecuencia de pago
- En caso de despido, una declaración firmada del empleador que indique el último día trabajado
- En caso de nuevo empleo, una *Declaración de Verificación de Empleo y Salario* (CCA-0024A)

En caso de trabajo por cuenta propia, proporcione:

- Declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año fiscal más reciente, o
- Registro presupuestario del trabajo por cuenta propia y datos de al menos los últimos 3 meses calendario completos, o
- Estado financiero del contador.
- Para nuevos trabajos por cuenta propia, una declaración escrita que indique la fecha de inicio y los ingresos brutos mensuales esperados.

► **Comprobante de ingresos no laborales:**

- Declaración de manutención infantil que muestre los *últimos 3 meses calendario completos*
- Carta de concesión del Seguro Social, declaración de beneficios del VA
- Declaración de subsidio de tutela

**Comprobante de pago de manutención infantil:**

- Registros/impresiones judiciales que muestren los *últimos 3 meses calendario completos*
- Documentos de la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) del DES

► **Comprobante de actividades educativas:**

- Carta de inscripción escolar
- Carta de concesión económica
- Expediente académico

► **Comprobante de otras actividades elegibles:**

- Los residentes de refugios temporales o los participantes en programas de vivienda de transición necesitarán el formulario de Plan de Verificación del Caso de Albergue (CCA-0044A) o una declaración firmada comparable.
- Se requiere un formulario de Verificación de Estado de Incapacidad/No Disponibilidad (CCA-0225A), o una declaración firmada comparable, si se necesita cuidado infantil debido a alguna de las siguientes razones:
  - Condición física, mental o emocional; o
  - Participación en un programa ambulatorio de tratamiento/rehabilitación de alcohol o drogas; o
  - Servicio comunitario ordenado por la corte.

Todos los formularios mencionados anteriormente se encuentran en el Centro de Documentación DES. Siga este código QR para acceder al Centro de Documentación DES.

Busque el formulario que necesita por nombre o número.



## Solicitud de Redeterminación de Cuidado Infantil

Utilice esta aplicación solo si actualmente recibe asistencia para el cuidado infantil del DES.

Ahorre tiempo y envíe su redeterminación en línea a través de A-to-Z Arizona en [atozarizona.gov](http://atozarizona.gov) o utilice el código QR a la derecha. Debe presentar la solicitud en línea o entregar este formulario junto con la verificación de respaldo en el tiempo especificado o sus beneficios de cuidado infantil finalizarán.



Nombre en letra de molde (*Apellido, Nombre, I*) \_\_\_\_\_

Núm. ID del cliente \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (*Opcional*) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Dirección

Dirección del domicilio (*No., Calle, No. de Depto.*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (*Si es diferente al domicilio*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Estoy inscrito en el Programa de Confidencialidad de Dirección.

### Empleo e Ingresos del Hogar

¿Actualmente hay alguien en el hogar que trabaja o trabaja por cuenta propia?    Sí    No

*Proporcione verificación actual.*

¿Quién recibe estos ingresos?	Nombre y número de teléfono del empleador	Fecha	Salario por hora	Horas por semana	¿Con qué frecuencia se paga?
1.		Inicio Fin			
2.		Inicio Fin			
3.		Inicio Fin			

Si necesita agregar más empleadores, inclúyalos en un documento separado y envíelo con su solicitud.

¿Propinas o ingresos adicionales que no aparecen en el talón de pago?

¿Cantidad de ingresos adicionales? \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

¿Su patrimonio familiar excede \$1,000,000.00 (*un millón*)?    Sí    No

### Ingresos No Salariales del Hogar

Enumerar todo ingreso *no ganado*. Por ejemplo: manutención infantil, seguro por desempleo, seguro social, asistencia en efectivo, obsequios.

*Proporcione verificación actual.*

¿Quién recibe estos ingresos?	Fuente de ingresos	Fecha	Monto mensual
1.		Inicio    Fin	
2.		Inicio    Fin	
3.		Inicio    Fin	

¿Usted o su cónyuge/otro padre pagan manutención infantil?    Sí    No

¿Cantidad mensual? \_\_\_\_\_

### Miembros del Hogar

Enumere todos los miembros actuales en el hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social <i>(opcional)</i>	Relación <i>(parentesco)</i> con usted	Relación con su(s) hijo(s)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

¿Su cónyuge vive temporalmente fuera del hogar?    Sí    No

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Motivo de la ausencia?

\_\_\_\_\_

### Actividades Educativas

¿Se necesita cuidado infantil mientras usted (o el otro padre de su hijo) asiste a la escuela?

Sí    No

¿Quién asiste a clases? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre y la dirección de la escuela o programa?  
\_\_\_\_\_

Proporcione prueba de inscripción actual y horario de clases.

### Selección de Proveedores de Cuidado Infantil

¿Qué proveedor de cuidado infantil ha elegido?	Dirección y núm. de teléfono del proveedor ( <i>Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</i> )	Niño(s)	Si es nuevo, agregue la fecha de inicio

¿Tiene un niño con necesidades especiales?    Sí    No

¿Qué niño(s)? \_\_\_\_\_

Al responder que sí, proporcione uno de los siguientes elementos para su verificación:

IEP    IFSP    PCSP    Plan 504    Diagnóstico    Otro

### Otras Actividades Elegibles

¿Reside usted, con su(s) hijo(s), en un refugio temporal o en un programa de vivienda de transición?

Sí    No

Si participa en actividades de un programa de refugio temporal o de vivienda de transición, por favor solicite a un representante del refugio o del programa que complete y firme el formulario CCA-0044A Verificación del Plan de Caso de Refugio (*Verification of Shelter Case Plan*) para informarnos sobre su necesidad de cuidado infantil.

Usted (*o el otro padre de su hijo*) necesita cuidado infantil debido a cualquiera de los siguientes motivos:

¿Una condición médica?    Sí    No    Nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Un programa ambulatorio de tratamiento o rehabilitación para drogas o alcohol?    Sí    No

Nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Servicio comunitario ordenado por una corte?    Sí    No

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, complete el formulario CCA-0225A Verificación de Estado de Incapacidad/No Disponibilidad (*Verification of Unable/Unavailable Status*).

### Cuestionario para Reclamantes de Impuestos

Esta sección debe completarse para determinar si hay algún pariente adulto que viva con usted y que deba incluirse en el tamaño de su familia y cuyos ingresos deban contarse.

1. ¿Es usted el *padre* (biológico, padrastro o adoptivo) de los *niños* necesitando cuidado infantil?  
Sí No Si la respuesta es *sí*, *continúe* con la pregunta #2.
2. ¿Tiene un pariente adulto que vive con usted y que tiene la intención de reclamarlo a usted, a su(s) hijo(s) o a su cónyuge [u otro padre de su(s) hijo(s)], o a los hijos de su cónyuge u otro padre de una relación anterior como dependientes en su declaración de impuestos estatales o federales (cuando presenten sus impuestos en el próximo año calendario)?  
Sí No No lo sé

Si respondió que sí o no lo sabe, usted y su familiar adulto deben descargar, completar y firmar la Sección B de la Encuesta de Reclamante Fiscal CCA-1105A.

### Sus Derechos y Responsabilidades

*Revise sus derechos y responsabilidades, CCA-1341A antes de firmar la Declaración jurada de la verdad a continuación.*

*Declaración jurada de la verdad: Por la presente solicito Asistencia para el cuidado infantil y afirmo que he sido informado de mis derechos y responsabilidades. Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones en este formulario, la información y los documentos proporcionados por mí o en mi nombre al DES son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender, y que no he ocultado información. Entiendo que si a sabiendas presento información falsa u oculto un hecho material en la solicitud, se me puede acusar de fraude de conformidad con A.R.S. § 13-2311, un delito grave de clase 5. Autorizo a DES a verificar información a través de empleadores actuales o anteriores, u otras personas o instituciones. Entiendo que seré responsable de los pagos en exceso.*

*Todos los formularios DES mencionados en esta solicitud se encuentran en el Centro de documentación DES. Siga este código QR para llegar al Centro de documentación DES. Busque el formulario que necesita por nombre o por número en el centro de documentación.*



Firma del Solicitante:	Nombre en letra de molde del solicitante:	Fecha:
_____	_____	_____
Firma del cónyuge/otro padre:	Nombre en letra de molde del cónyuge/otro padre:	Fecha:
_____	_____	_____