Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

PROGRAMA DE SUBSIDIOS DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

Información sobre la solicitud y los anexos

Solicitud

Solicitud de Subsidio de Cuidado Infantil Best Beginnings

- Incluye *las preguntas frecuentes y la lista de verificación de la solicitud*

Anexos incluidos en el paquete

Los siguientes anexos se incluyen en el paquete de la solicitud y pueden ser necesarios para completar los trámites para obtener un subsidio de cuidado infantil Best Beginnings y ayudarlo a cubrir el costo de los gastos del cuidado de su hijo/a. Consulte la lista de verificación para obtener más información acerca de cada anexo.

ANEXO A: Información sobre los integrantes adultos del hogar (2 copias)
ANEXO B: Información sobre los integrantes menores del hogar (2 copias)
ANEXO C: Plan de Servicios de Cuidados Infantiles

Anexos no incluidos en el paquete

Los siguientes anexos no se incluyen en el paquete de la solicitud, pero pueden ser necesarios para completar los trámites para obtener un subsidio de cuidado infantil Best Beginnings y ayudarlo a cubrir el costo de los gastos del cuidado de su hijo/a. Cada anexo se encuentra a su disposición en su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.

ANEXO D: Verificación laboral
ANEXO E: Verificación de estudios/capacitación
- *SOLO es necesaria para los solicitantes que sean estudiantes*

ANEXO F: Verificación de ingresos por trabajo autónomo
- *SOLO es necesaria si trabaja por cuenta propia*

ANEXO G: Verificación de cumplimiento de la manutención del menor
- *SOLO es necesaria si un padre está ausente*

ANEXO H: Exención por motivo justificado
- *SOLO es necesaria si presenta un reclamo por motivo justificado*

Información complementaria incluida en el paquete

A continuación, se ofrece más información acerca del Programa de Subsidios Best Beginnings que es importante que usted conozca.

SUPLEMENTO 1: Requisitos de información
SUPLEMENTO 2: Derecho al proceso de apelación (audiencias imparciales)

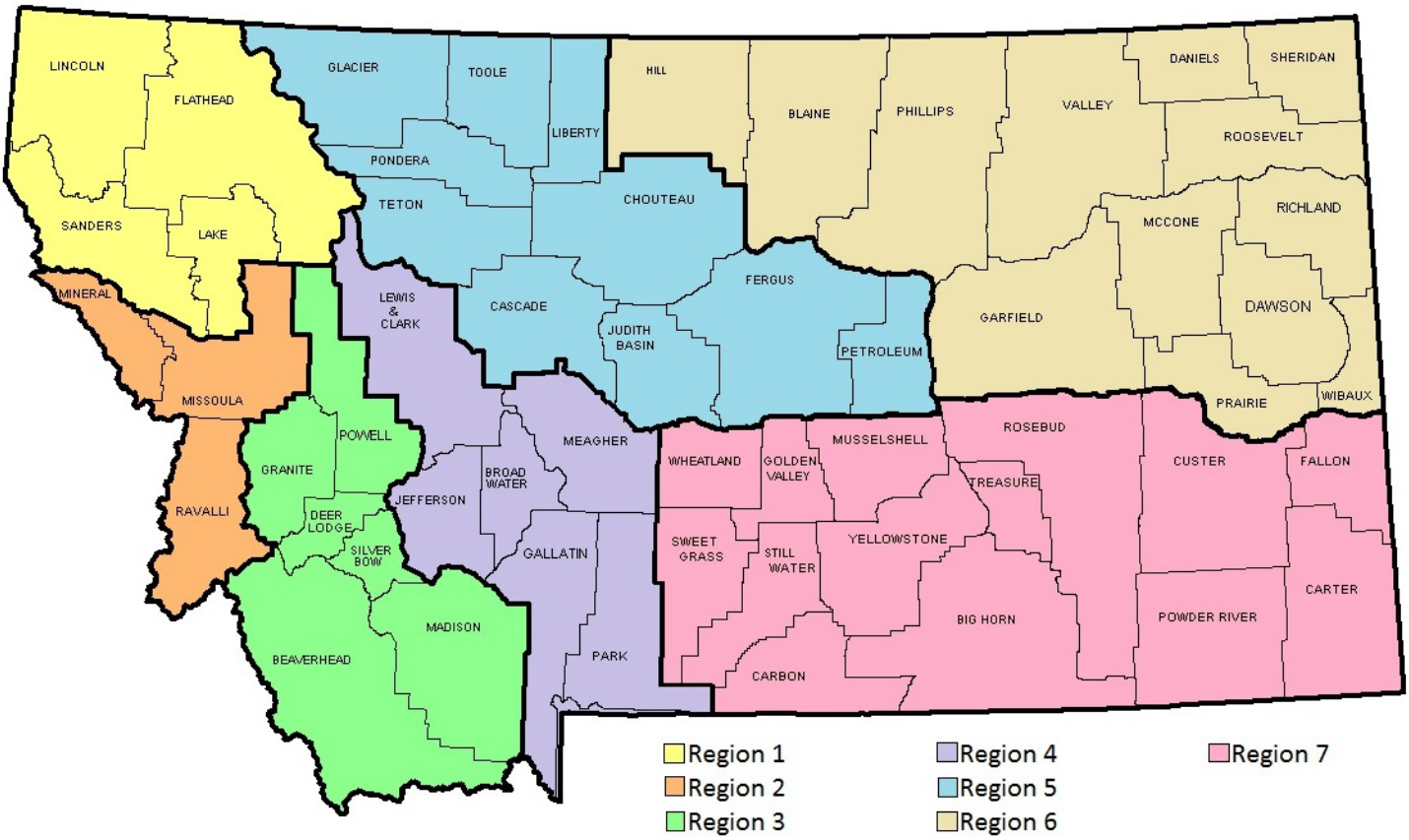
ENVÍE TODO EL MATERIAL PARA SOLICITAR EL SUBSIDIO A:

Las direcciones de las oficinas de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil están en la página siguiente.

Las familias que quieran obtener asistencia para el cuidado infantil deben completar la solicitud de subsidio de cuidado infantil Best Beginnings. Estas solicitudes se deben obtener y entregar en una oficina de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil.

Agencia de Recursos y Referencias Regionales de Cuidado Infantil

El siguiente mapa con las divisiones de los condados muestra la oficina de CCR&R de su condado.



Región 1	**The Nurturing Center** 322 2nd Ave W, Suite C Kalispell, MT 59901	Oficina: (406) 756-1414 Llamada gratuita: (800) 204-0644 Fax: (406) 756-1410
Región 2	**Child Care Resources** 500 N. Higgins, Suite 202 Missoula, MT 59807-7038	Oficina: (406) 728-6446 Llamada gratuita: (800) 728-6446 Fax: (406) 549-1189
Región 3	**Butte 4 C's** 101 N. Main Butte, MT 59701	Oficina: (406) 723-4019 Llamada gratuita: (800) 794-4061 Fax: (406) 723-6982
Región 4	**Child Care Connections** 1143 Stoneridge Drive, Suite 1 Bozeman, Montana 59718	Oficina: (406) 587-7786 Llamada gratuita: (800) 962-0418 Fax: (406) 587-1682
Región 5	**Family Connections MT Great Falls** 202 2nd Ave S, Suite 201 Great Falls, MT 59405	Oficina: (406) 761-6010 Llamada gratuita: (800) 696-4503 Fax: (406) 453-8976
Región 6	**Family Connections MT Havre** 2229 5th Ave. Havre, MT 59501-5217	Oficina: (406) 265-6743 Llamada gratuita: (800) 696-4503 Fax: (406) 265-1312
Región 7	**HRDC District 7** 7 North 31st Street Billings, MT 59103-2016	Oficina: (406) 247-4732 Llamada gratuita: (800) 443-1411 Fax: (406) 869-2585

Para obtener más información, visite http://dphhs.mt.gov/ecfsd/ChildCare/ChildCareResourceandReferral.aspx

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

PROGRAMA DE SUBSIDIOS DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

Preguntas frecuentes sobre la solicitud

Programa de Subsidios de Cuidado Infantil

Programa de asistencia de cuidado infantil de Montana para ayudar a las familias del estado a pagar los costos del cuidado infantil.

¿Cómo presento la solicitud?

Complete la solicitud, fírmela y envíela a una Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil. Entregue toda la documentación requerida y los anexos. Si necesita ayuda para completar la solicitud dicha agencia lo asistirá. Puede consultar la lista con las oficinas de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil en la página 2 del paquete de la solicitud.

¿Qué debemos hacer mi familia y yo para cumplir con los requisitos?

El Programa de Subsidios de Cuidado Infantil Best Beginnings está a disposición de las familias que cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad:

Ser elegibles por los ingresos

- Los ingresos de su familia deben ser inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza. Las pautas actuales de elegibilidad basadas en los ingresos y el tamaño de la familia se pueden consultar en el enlace siguiente: http://dphhs.mt.gov/ecfsd/ChildCare/BestBeginningsScholarships.aspx, Haga clic en *Sliding Fee Scale*.

Cumplir con los requisitos de empleo y capacitación

- Un hogar con los dos padres tiene que cubrir como mínimo 120 horas de trabajo al mes.
  - Por ejemplo: las horas de trabajo pueden dividirse entre ambos padres; uno de los padres puede cumplir con los requisitos de trabajo mientras que el otro puede cursar estudios en jornada completa.
- Un hogar con uno de los padres tiene que cubrir como mínimo 60 horas de trabajo al mes.
- Uno de los padres que cursa estudios en jornada completa no tiene que cumplir con los requisitos de trabajo.
- Un hogar con ambos padres que cursan estudios en jornada completa no tiene que cumplir con los requisitos de trabajo.
- Uno de los padres que cursa estudios en jornada parcial tiene que cubrir como mínimo 40 horas de trabajo al mes.

Colaborar con la División para el Cumplimiento de la Manutención de Menores

- Las familias en las que uno de los padres esté ausente del hogar deben cumplir con las disposiciones de la División para el Cumplimiento de la Manutención de Menores, deben tener un plan de crianza firmado por un juez y presentado ante el tribunal o deben solicitar una exención por motivo justificado.

¿Cuánto tiempo llevará?

Puede llevar hasta 30 días tramitar su solicitud. Si el hogar es elegible, puede comenzar a recibir los beneficios el día en que presentó su solicitud firmada, siempre que se reciba la documentación requerida dentro de los 30 días siguientes. Los beneficios no pueden ser retroactivos. Evite posibles demoras o interrupciones presentando toda la documentación requerida con su solicitud.

¿Es necesario tener una entrevista?

No, pero puede ser necesario realizar una entrevista si no hay suficiente información que permita determinar su elegibilidad para recibir asistencia. La entrevista puede ser en persona o por teléfono.

¿Tendré que pagar algo?

Sí, pagará una parte de los costos del cuidado infantil. La cantidad dependerá de sus ingresos y del tamaño de su familia. Es lo que se denomina «copago». También es posible que su proveedor cobre cifras más altas que las que paga el programa de subsidios. Todos los meses usted deberá pagarle a su proveedor la suma del copago y la diferencia, si la hubiera, entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el estado. Para tener una idea de cuánto será el copago abra el enlace siguiente y haga clic para calcular el copago. http://dphhs.mt.gov/ecfsd/ChildCare/BestBeginningsScholarships.aspx.

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

Solicitud y documentación de respaldo
Lista de verificación e instrucciones

Verifique si ha entregado los siguientes documentos

☐ **SOLICITUD**
- *Completada y firmada*
- *Firmada por los dos adultos de la familia si es un hogar con ambos padres.*
- *Se debe completar la autorización para revelar información*

☐ **ANEXO A:**
INFORMACIÓN SOBRE LOS INTEGRANTES ADULTOS DEL HOGAR
- *Un formulario por Adulto del hogar*
- *Detallar el horario de trabajo y/o de estudios*
- *Solicitar más copias si fuera necesario*

☐ **ANEXO B:**
INFORMACIÓN SOBRE LOS INTEGRANTES MENORES DEL HOGAR
- *Un formulario por integrante Menor del hogar*
- *Detallar el horario escolar de sus hijos*
- *Solicitar más copias si fuera necesario*

☐ **ANEXO C:**
PLAN DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES
- *Debe ser completado por su proveedor de cuidado infantil*
- *Se exige un formulario separado por cada proveedor de cuidado infantil*
- *Documentar solamente las horas en que necesita cuidado infantil para cada menor, incluida la hora de inicio y terminación del servicio.*

☐ **ANEXO D:**
AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN LABORAL
- *Debe ser completado por su empleador*
- *Completar la parte de autorización del solicitante para revelar información*
- *Enviar a su empleador para que lo complete*

☐ **ANEXO E:**
AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ESCOLARIDAD/CAPACITACIÓN
- *Debe ser completado por un funcionario de la escuela*

DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

☐ **IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA** (de todos los adultos)
Presentar uno de los siguientes documentos:
- *Identificación expedida por el gobierno*
- *Pasaporte*
- *Licencia de conducir de Montana*
- *Tarjeta de identificación estudiantil*

☐ **VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**
Presentar uno de los siguientes documentos:
- *Factura de servicio público*
- *Contrato de renta o arrendamiento*
- *Contrato de hipoteca*
- *Licencia de conducir de Montana*

☐ **CERTIFICADOS DE NACIMIENTO**
- *Copias para probar la edad de cada menor que recibirá asistencia de cuidado infantil*

☐ **CIUDADANÍA DE LOS EE. UU.**
- *Tarjeta de Seguro Social (opcional)*

☐ **HORARIO DE ESTUDIOS**
- De todos los individuos inscritos y que cursan estudios

☐ **INGRESOS**
- *Prueba de todos los ingresos del trabajo obtenidos por usted y por cualquier otra persona adulta de su familia*
- *Prueba de los ingresos no derivados del trabajo obtenidos por usted y por cualquier otra persona adulta de su familia*
- *Los ingresos no derivados del trabajo incluyen, por ejemplo, dividendos e intereses, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y manutención de menores.*

☐ **TRABAJADORES AUTÓNOMOS**
- *Copia de la licencia comercial*
- *La declaración de impuestos federales más reciente que haya completado y presentado*
- *Registros de ingresos y gastos u otra documentación de ingresos brutos ajustados y gastos deducibles por actividad comercial.*

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

○ *Completar la parte de permiso del solicitante para revelar información* ○ *Enviar a su escuela para que lo completen* ☐ **ANEXO F:** VERIFICACIÓN DE INGRESOS POR TRABAJO AUTÓNOMO ☐ **ANEXO G:** VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA MANUTENCIÓN DEL/DE LA MENOR ☐ **ANEXO H:** EXENCIÓN POR MOTIVO JUSTIFICADO	☐ **SUPLEMENTO 1:** REQUISITOS DE INFORMACIÓN ☐ **SUPLEMENTO 2:** DERECHO A UN PROCESO DE APELACIÓN

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

SUBSIDIO PARA CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS
SOLICITUD DE SUBSIDIO

1. *Indique la razón principal por la que solicita asistencia para cuidado infantil*

¿Cómo se compone su hogar? ☐ hogar solo con padre o madre ☐ hogar con dos padres	¿Es padre o madre adolescente? ☐ Sí ☐ No
Usted ☐ es propietario ☐ alquila ☐ vive con parientes ☐ vive con otra persona ☐ otro _____	
Usted vive en un… ☐ apartamento ☐ casa ☐ casa móvil ☐ otro _____ Si vive en otro lugar especifique, por ejemplo, hotel, motel, camping, albergue	
¿Cuál es la razón principal por la que necesita asistencia para cuidado infantil? ☐ horas de trabajo ☐ horas de estudio ☐ otra razón:	
¿Ha solicitado o recibido alguna vez asistencia para cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? ¿Dónde? (ciudad/condado/estado)	
¿Ha sido descalificado alguna vez para recibir asistencia para cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? ¿Dónde? (ciudad/condado/estado)	
¿Participa en SNAP? ☐ Sí ☐ No	

2. *¿Quién es la parte responsable?*

Es el solicitante que pide la asistencia de cuidado infantil y asume la responsabilidad de cumplir con las reglas y requisitos del programa, incluidas las sanciones y la devolución de los beneficios que se concedan de más.

- Incluya una ***prueba de identidad***, por ejemplo, copia de licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, pasaporte, tarjeta de identificación escolar o certificado de nacimiento.
- Incluya una ***prueba de residencia***, por ejemplo, uno de los elementos mencionados o copia de una factura reciente de algún servicio público, contrato de arrendamiento o de hipoteca.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE
OTROS NOMBRES QUE PUEDE HABER TENIDO O USADO EN EL PASADO				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN (física)				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO DE ÁREA	PAÍS	RESERVA TRIBAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO DE ÁREA	PAÍS	RESERVA TRIBAL
TELÉFONO PRINCIPAL ☐ celular ☐ particular ☐ laboral ☐ otro _____			TELÉFONO SECUNDARIO ☐ celular ☐ particular ☐ laboral ☐ otro _____	
¿Cuál es el idioma que prefiere hablar?				¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No
ESTATUS MILITAR ☐ No soy militar ☐ Servicio activo militar de los EE. UU. ☐ Guardia Nacional /reserva militar				

SOLO	**CS** _____ **CE**_____		**HoH**		**Fecha de recepción**
	Fecha de	**Fecha de**	**Razón**	**Fecha de la**	**Determinación a cargo de:**

3a. INTEGRANTES DE LA FAMILIA - Integrantes adultos del hogar

Enumere a todos los integrantes adultos requeridos del hogar (de 18 años o más) según su vínculo con el niño o la niña /los niños para quien solicita el subsidio:

- *Padres biológicos, adoptivos o padrastro/madrastra de una familia intacta, independientemente del lugar donde viva. Esto podría incluir a un padre o madre que esté encarcelado o que trabaje y viva fuera de la ciudad.*
- *Padres de matrimonios de hecho*
- *Padres unidos por un hijo en común*
- *Adulto que actúa en lugar de los padres*

Enumere a todos los integrantes adultos opcionales del hogar (de 18 años o más) solo si quiere incluirlos para la determinación de elegibilidad:

- *Hermanos adultos de 18 años o más (no es un requisito de la División para el Cumplimiento de la Manutención de Menores, CSED)*
- *Tíos*
- *Abuelos o bisabuelos*
- *Pareja de uno de los padres*

Anexo A: El formulario de **Información sobre los integrantes adultos del hogar** debe completarse para todos los adultos que se indiquen a continuación.

Parentesco con	Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Trabaja	Horas por ı	Cursa e	Horas por ı
YO		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	

3b. INTEGRANTES DE LA FAMILIA - Integrantes menores del hogar que viven en la casa

Integrantes menores del hogar (17 años o menos)

Hermanos menores de 17 años o menos, incluidos los hermanastros y medio hermanos.

- *Niños que reciben beneficios en efectivo del programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) u otros subsidios como integrantes del hogar.*

Anexo B: El formulario de **Información sobre los integrantes menores del hogar** debe completarse para todos los niños que se indiquen a continuación.

- *Incluya prueba de su parentesco con el/la menor, por ejemplo, certificado de nacimiento, registro de adopción o declaración de custodia legal.*
- *Incluya prueba de la edad de cada menor, por ejemplo, el certificado de nacimiento.*
- *Incluya prueba de ciudadanía o condición migratoria de cada menor que necesite asistencia de cuidado infantil, por ejemplo, certificado de nacimiento, registro de adopción o tarjeta del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS)*

Marque "el menor es discapacitado" a continuación

- si tiene un menor con un plan IEP o 504 en la escuela, inscrito o derivado a la Parte C (Montana Milestones) o la Parte B (IDEA).

Parentesco con usted, el/la solicitante	Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Asiste a la escuela	Recibe manutención de menores	Necesita cuidado infantil	¿El menor tiene alguna discapacidad?

		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

4. *INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR*

Mencione al proveedor con el que sus hijos reciben cuidado infantil.
Si el proveedor es un pariente: indique y describa su vínculo.
Días/horas de cuidado infantil: indique los días y las horas que necesita cuidado infantil.
Nombre del niño o de la niña: Si usted tiene varios proveedores y más de un hijo, indique cuál de ellos recibe cuidado infantil y de qué proveedor.

Nombre del proveedor	Dirección del proveedor	Número de teléfono	Pariente	Relación	Días/horas de cuidado infantil	Nombre del niño o de la niña
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			

5. *ACTIVOS*

¿Su familia tiene bienes por más de un millón ($1,000,000)? ☐ Sí ☐ No

6. *INGRESOS DEL TRABAJO*

Indique todos los ingresos DEL TRABAJO recibidos por usted, el solicitante y todos los integrantes de su familia.

- Incluya los ingresos recibidos por los integrantes de la familia que estén temporalmente ausentes de su hogar.
- Incluya pruebas de los ingresos del trabajo
  - **Anexo D: Verificación laboral**

Si usted o alguien de su familia es un trabajador autónomo:

- Complete el **ANEXO F: Verificación de ingresos por trabajo autónomo**.

Nombre ○ De la persona que obtiene el ingreso	Fuente de ingreso ○ Incluido el nombre del empleador	Monto mensual bruto (antes de deducciones)

7. *INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO*

Indique todos los ingresos *NO DERIVADOS DEL TRABAJO* recibidos por usted, el solicitante y todos los integrantes de su familia.

- Incluya los ingresos recibidos por los integrantes de la familia que estén temporalmente ausentes de su hogar.
- Incluya prueba de todos los ingresos no derivados del trabajo, por ejemplo, talones de pago, carta firmada por el empleador o declaración de impuestos.
- Ejemplos de ingresos no salariales:

- Manutención del menor - Beneficios de veteranos - Pagos de préstamos estudiantiles	- Seguro de desempleo - Seguro Social - Intereses / Dividendos	- Beneficios de seguro - SSI - Pagos tribales

○ **Nombre de la persona que obtiene el ingreso**	**Fuente de ingreso**	**Monto mensual bruto (antes de deducciones)**

8. *DEDUCCIONES*

- **Manutención de menores** - pagada para niños que no viven en el hogar
- Incluir prueba de los pagos de manutención de menores

Tipo de gasto (deducción)	**Nombre de la persona a la que se le paga**	**Monto mensual bruto**

9. *ESTOS SON SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES*

	a. Tengo derecho a elegir mi proveedor de cuidado infantil. El subsidio solo le pagará a un proveedor de cuidado infantil que esté autorizado, registrado o certificado.
	b. Abonaré un copago mensual al proveedor de cuidado infantil. Si no abono el copago mensual, no reuniré los requisitos de elegibilidad cuando vuelva a solicitar el subsidio hasta que se reciban los comprobantes de que he hecho los copagos.
	c. Entiendo que los proveedores de cuidado infantil pueden fijar sus propias tarifas. Los proveedores pueden cobrar otros importes además de la obligación del copago del programa de cuidado infantil. Soy responsable de pagar cualquier monto que supere los índices de reembolso estatales y los aranceles en concepto de inscripciones y actividades no pagados por el subsidio para cuidado infantil Best Beginnings.
	d. Tengo derecho a apelar la pérdida del subsidio. Presentaré una solicitud para tener una audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la recepción del aviso de la pérdida del subsidio.
	e. Tengo derecho a recibir cada mes una explicación de beneficios (EOB) en la que figure el servicio de cuidado infantil pagado por el estado.
	f. Comprendo que mi subsidio Best Beginnings se podría terminar si mi familia ya no fuera elegible o si los fondos del programa ya no estuvieran disponibles.
	g. Comprendo que mi hijo/a tiene que vivir conmigo para recibir el pago del subsidio de cuidado infantil Best Beginnings.
	h. Me notificarán si hubiera cambios que redujeran mi subsidio de cuidado infantil. Me enviarán una carta 15 días antes de que se produzca cualquier pérdida de beneficios.
	i. **Informar cambio de proveedor:** Informaré si cambio de proveedor de cuidado infantil a mi Agencia de Recursos y Referencias regional un día antes del cambio. *Si no informo el cambio, puede significar que el proveedor no reciba el pago del subsidio.* La fecha de inicio del pago al proveedor nuevo será la fecha en que se informe el cambio de proveedor.
	j. **Informar cambio en los requisitos de actividades:** Debo informar si pierdo el trabajo a mi Agencia de Recursos y Referencias regional con un plazo de 10 días corridos. Si no informo dentro del plazo exigido de 10 días corridos, puede significar que no me otorguen todo el período de gracia.
	k. **Informar cambio de dirección:** Debo informar si cambia mi dirección a mi Agencia de Recursos y Referencias regional con un plazo de 10 días corridos. *Si no informo el cambio, puede significar que no reciba oportunamente los avisos sobre los cambios de elegibilidad.*
	l. **Devolución**: Quien haga un pago indebido a un proveedor luego de haber retenido información acerca de cualquiera de los cambios anteriores tendrá que devolver el importe del pago indebido que ha recibido. La devolución se debe hacer dentro del periodo vigente ante la División de Negocios y Servicios Fiscales.
Instrucciones: Escriba sus iniciales en todos los requisitos anteriores.	

10. *Autorización para revelar información/Solicitud de verificación*

Se necesita cierta información para determinar la elegibilidad. Por ejemplo, residencia, parentesco del solicitante con el menor, asistencia a la escuela, composición del hogar, ingresos y otras circunstancias pertinentes a la necesidad de asistencia de cuidado infantil. El departamento o esta agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil pueden pedir información sobre cualquiera de los temas relacionados con el paquete de solicitud de elegibilidad de Best Beginnings. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria para determinar la elegibilidad. Si no puede reunir por sí solo la información que le piden, el representante del departamento probablemente pueda ayudarlo. Como la información confidencial es suya, debe dar su consentimiento para que su representante de CCR&R lo ayude.

***Observación:** Esta autorización no permite al personal de CCR&R obtener ninguna información protegida de conformidad con HIPAA en nombre del niño, niña, niños, padre, madre o el/los proveedor(es).

11. *Solicitante y cónyuge/Otro adulto – Marque con sus iniciales en la opción 1 o 2 y firme a continuación*

OPCIÓN 1: Solicitante	OPCIÓN 2: Solicitante
___ Doy mi consentimiento al departamento y a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil para que reúna la información necesaria con el fin de determinar mi elegibilidad y la de mi familia. Esta autorización vence al año de la fecha de la firma de esta solicitud. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.	___ **NO** deseo firmar una autorización para revelar información. Comprendo que debido a temas de confidencialidad, el departamento y la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil no podrán ayudarme a reunir la información necesaria para determinar la elegibilidad. Elijo proporcionar la documentación necesaria yo mismo.
OPCIÓN 1: Cónyuge/Otro adulto	**OPCIÓN 2: Cónyuge/Otro adulto**
___ Doy mi consentimiento al departamento y a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil para que reúna la información necesaria con el fin de determinar mi elegibilidad y la de mi familia. Esta autorización vence al año de la fecha de la firma de esta solicitud. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.	___ **NO** deseo firmar una autorización para revelar información. Comprendo que debido a temas de confidencialidad, el departamento y la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil no podrán ayudarme a reunir la información necesaria para determinar la elegibilidad. Elijo proporcionar la documentación necesaria yo mismo.

Por este medio afirmo que las declaraciones incluidas en esta solicitud son exactas, completas y verdaderas según mi leal saber y entender. Comprendo que debo volver a presentar la solicitud de asistencia periódicamente y que mi elegibilidad se volverá a determinar en ese momento.

_____ _____

Firma del solicitante (o del representante autorizado) *Fecha* *Firma del cónyuge/otro adulto (o del representante autorizado)* *Fecha*

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

SUPLEMENTO 1
REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Informar sobre cambios

Usted debe informar si cambia de proveedor de cuidado infantil a su Agencia de Recursos y Referencias dentro de un día hábil. Si no lo hace puede significar que el proveedor no reciba el pago del subsidio. La fecha de inicio del pago al proveedor nuevo será la fecha en que se informe el cambio de proveedor.

Fraude

El fraude en cuidado infantil se considera hurto. El fraude que implique más de $500 es un delito grave. En Montana quien hace una declaración falsa de manera intencional para obtener asistencia o que deliberadamente no notifica sobre un cambio en las circunstancias que podrían afectar su elegibilidad para recibir asistencia puede ser culpable de hurto. Si lo condenan por fraude en cuidado infantil, pueden sancionarlo de conformidad con la ley de Montana.

Políticas de pagos

Los padres son responsables de pagar el copago de su subsidio, los cargos que superen el precio máximo reembolsable que el subsidio puede pagarles a los proveedores y los aranceles de inscripción y actividades que no pague el subsidio Best Beginnings. Los proveedores de cuidado como parientes, amigos y vecinos (Family, Friend, and Neighbor, FFN) y los familiares exentos (Relative Care Exempt, RCE) deben pagar todos los costos asociados con la verificación de antecedentes.

Devolución del pago

Quien haga un pago indebido a un proveedor reteniendo información acerca de cualquiera de los cambios mencionados tendrá que devolver el importe del pago indebido. La devolución se hará en una suma única o de acuerdo con un plan de pago por escrito.

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

SUPLEMENTO 2

DERECHO A UN PROCESO DE APELACIÓN
REVISIONES ADMINISTRATIVAS (APELACIONES) Y AUDIENCIAS IMPARCIALES

Manual de políticas sobre cuidado infantil

A. ACCIONES SUJETAS A REVISIÓN ADMINISTRATIVA, (APELACIÓN): **Sección 1-3 Página 1 de 9**

1. Incumplimiento por parte del departamento o de la agencia de CCR&R de brindar al padre/la madre la oportunidad de presentar una solicitud o de volver a presentar una solicitud para obtener un subsidio de cuidado infantil;
2. incumplimiento por parte del departamento o de la agencia de CCR&R de actuar con prontitud razonable en relación con la solicitud de un padre/una madre de un subsidio de cuidado infantil (prontitud razonable son 30 días corridos a partir de la fecha de la solicitud);
3. incumplimiento por parte del departamento o de la agencia de CCR&R de dar aviso oportuno o adecuado de que se tomará una medida adversa; y
4. una medida del departamento o de la agencia de CCR&R por la que se niegue, suspenda, reduzca o ponga fin a la beca de un padre/una madre o al/a los pago(s) del proveedor, o una medida del departamento que exija la devolución de un sobrepago.

B. EL PROCESO: **Sección 1-11 Página 1 de 3**

Las medidas de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) deben estar de acuerdo con las leyes, reglamentaciones y políticas pertinentes. Los padres y proveedores que hayan sido objeto de medidas adversas [según la definición de la sección 1-3 de este manual] por parte de la agencia de CCR&R tienen derecho a una audiencia imparcial. No obstante, no tendrán derecho a una audiencia imparcial si la negación o el fin de los beneficios se basa únicamente en el agotamiento de los recursos del Fondo de Cuidado Infantil y Desarrollo (CCDF, por sus siglas en inglés).

C. REPRESENTACIÓN:

La agencia estatal y la institución, y sus directores y personas responsables pueden contratar a un abogado o pueden estar representados por otra persona.

PLAZOS: **Sección 1-11 Página 1 de 3**

La solicitud se debe presentar dentro de los siguientes plazos posteriores a la fecha de envío postal del aviso de la medida adversa del departamento:

- 90 días corridos– Padre/madre, cuyos beneficios se han reducido o terminado; y
- 30 días corridos– Proveedor, a quien se notificó el sobrepago.

E. FUNDAMENTO DE LA DECISIÓN:

El funcionario a cargo de la revisión administrativa debe tomar una determinación fundada únicamente en la información proporcionada por la agencia estatal, la institución y los directores e individuos responsables, y se debe basar en las leyes federales y estatales, reglamentaciones, políticas y procedimientos que rigen el Programa.

LA SOLICITUD POR ESCRITO DE UNA REVISIÓN ADMINISTRATIVA (APELACIÓN) SE DEBE DIRIGIR A LA OFICINA REGIONAL DE CCR&R O A LA OFICINA DE AUDIENCIAS IMPARCIALES, CUYA DIRECCIÓN ES LA SIGUIENTE:

Office of Fair Hearings,
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
PO Box 202953,
Helena, MT 59620-2953
Fax (406) 444-3980