

FORMULARIO DE RE-EVALUACIÓN DE CUIDADOS PARA NIÑOS

RE400SWeb | REV 2/2017



Utilice este formulario para completar la re-evaluación de elegibilidad de Cuidados para Niños.

- **No llene** este formulario si tiene en su hogar hijos temporales que a la fecha reciban asistencia de Cuidados para Niños y que tengan que presentar una re-evaluación. En cambio, contacte a su trabajador(a) social para pedir ayuda.
- **Llene** este formulario para cualquier otro niño que viva en su hogar y que tenga que presentar una re-evaluación para la asistencia de Cuidados para Niños.

Como completar este formulario

Utilice la siguiente lista para ayudarle a completar todos los pasos del proceso de re-evaluación de Cuidados para Niños. Si no completa todos los pasos, podrían retrasarse o cancelarse sus beneficios. También puede completar su re-evaluación llamando al Departamento al **1-877-456-1233**.

Lista de verificación para la re-evaluación

Completar todas las secciones de este formulario

1. Incluir comprobantes de:

- Todos los ingresos
- Cambios de proveedor de cuidados de niños
- Horario de clases/capacitación
- Gastos de manutención para niños por orden judicial

2. Envíe las páginas 2 a 4 al Departamento por medio de:

Correo: Self Reliance Programs - Statewide Application Team
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0026
Fax: 1-866-434-8278 (Toll Free)
Email: MyBenefits@dhw.idaho.gov

Lo que puede necesitar proporcionar

Tenemos que verificar	Ejemplos de cómo puede proporcionar verificación para cada elemento
Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Talones de cheque de los últimos 30 días • Formulario de verificación de empleo • Declaración de ingresos de Manutención para Niños • Terminación de empleo • Declaraciones de impuestos (trabajadores independientes) • Cartas de adjudicación • Pagos recibidos de pensiones, anualidades o arriendos
Cambios de Proveedor de Cuidados de Niños	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de Proveedor de Cuidados de Niños* firmado por el proveedor • Declaración escrita del proveedor de Cuidados de Niños
Horario de clases/capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de clases indicando días y horas de asistencia • Declaración escrita del centro de estudios indicando días y horas de asistencia
Gastos de Manutención para Niños	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos del tribunal indicando la cantidad del pago de manutención para niños • Talones de cheque indicando las cantidades retenidas

*Encuentre un **formulario de Proveedor de Cuidado de Niños** en línea en mybenefitforms.dhw.idaho.gov

Obtenga ayuda con este formulario

¡Si tiene pregunta o necesita asistencia, por favor pregunte! Podemos proporcionar ayuda llenando este formulario, ayuda para discapacitados o servicios de traducción de idioma.

- **En línea:** healthandwelfare.idaho.gov
- **Teléfono:** 1-877-456-1233
- **Email:** MyBenefits@dhw.idaho.gov
- **En persona:** Para encontrar una oficina local visite nuestro sitio web o llame al 1-877-456-1233
- **Interprete de idioma:** Llame al 1-877-456-1233, o para personas con discapacidad auditiva al 1-888-791-3004.

SECCIÓN 1: Información del Hogar

Su información de contacto

Complete la siguiente tabla con su información de contacto vigente.

Primer nombre	Apellido	Número seguro social	
Teléfono	Tipo de teléfono (<i>escoja uno</i>) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento	
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

Personas que viven en el hogar

Díganos acerca de las personas que viven en su casa usando la siguiente tabla.

Si necesita aplicar para un niño adicional, complete un **formulario Agregue una Persona*** por cada nuevo solicitante.

Primer nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estatus de ciudadanía
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Estudios o capacitación

Utilice la tabla de abajo para darnos información sobre padres, proveedores de cuidados o tutores legales que estén asistiendo a un centro educativo o de capacitación. No incluya estudios por internet.

Nombre del estudiante	Nombre del centro educativo	Horas por semana

*Encuentre un **formulario Agregue una Persona** en línea en mybenefitforms.dhw.idaho.gov.

SECCIÓN 2: Ingresos del Hogar

Proporcione información sobre todos los ingresos que recibe su hogar. Queremos saber sobre el dinero de los últimos 30 días, así como el dinero que reciba por trimestre o por año. Los ingresos se refieren al dinero que se gana (salario o sueldo) mediante un empleo o trabajo independiente, o dinero recibido de otras fuentes tales como beneficios del desempleo, Seguro Social, manutención para niños, regalos, ingresos de arriendos, jubilación, pagos por operaciones tribales relacionadas con los juegos de azar, Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA), derechos mineros y petroleros, Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Tribus, beneficios federales por persona (fondos otorgados por fallo judicial), distribuciones en efectivo de Alaska Native Corporations (Corporaciones Nativas de Alaska) o ingresos de rentas o fideicomisos de tierras de propiedad tribal o individual, etc.

Marque este cuadro si su hogar no recibe ingresos.

Ingresos 1		Nombre de la persona con el ingreso:	
Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	Promedio de horas trabajadas cada semana
Salarios/propinas (antes de impuestos)	Pagado con qué frecuencia		
\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.			
Fuente de ingreso	Cantidad	Pagado con qué frecuencia	
	\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
	\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
Ingresos 2		Nombre de la persona con el ingreso:	
Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	Promedio de horas trabajadas cada semana
Salarios/propinas (antes de impuestos)	Pagado con qué frecuencia		
\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.			
Fuente de ingreso	Cantidad	Pagado con qué frecuencia	
	\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
	\$	<input type="checkbox"/> Por Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año

Empleo independiente

¿Alguno de los integrantes de su hogar es trabajador independiente? Sí No

Si así es, complete la información de abajo. Si usted no es trabajador independiente, pase a la **Sección 3**.

Nombre de la persona con el ingreso	Nombre del negocio	Promedio de horas trabajadas cada semana
¿Se abrió el negocio en el pasado año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser sí, ¿cuántos meses tiene el negocio de estar en operación?	Meses con ingreso: (por ej., 01/07-06/07)
Verifique su información de empleo independiente para el año fiscal o número de meses de funcionamiento de su negocio (registrado arriba) indicando los ingresos en bruto en el cuadrado de abajo. El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) usará la información que usted provea para calcular los ingresos y deducciones por empleo independiente de acuerdo con las reglas del IDHW.		
		Ingresos brutos o ventas \$ <input type="text"/>

SECCIÓN 3: Gastos

Indique cuáles son sus gastos de manutención para niños.

¿Alguno de los integrantes de su hogar debe pagar manutención para niños por orden judicial? Sí No

Si así es, llene la tabla de abajo. Si usted no tiene que pagar manutención para niños, pase a la **Sección 4**.

Nombre de la persona que recibe los pagos	Cantidad del pago	Frecuencia del pago	Nombre de la persona que recibe los pagos
	\$	<input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año	

SECCIÓN 4: Derechos y Responsabilidades

Mediante mi firma certifico que la información de esta solicitud es correcta y verdadera. Podría ser sancionado y requerirse que reembolse los beneficios recibidos si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir una acción administrativa, civil o penal en mi contra, inclusive un proceso judicial.

Autorizo al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, o a quienes este designe, a recopilar, usar y divulgar mi información. Entiendo que esta información es necesaria para proveer beneficios o servicios, obtener pago de mis beneficios o servicios, y para realizar las tareas normales de funcionamiento del Departamento.

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento ya haya usado y divulgado mi información con base en dicha autorización. Si revoco esta autorización, es probable que el Departamento deje de proveerme más beneficios o servicios.

Se me informará de mi derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para pedir información sobre el proceso de apelación.

Mediante mi firma indico que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

Al solicitar beneficios para un menor de edad, debe abrirse un caso de manutención médica (si corresponde). Si estoy recibiendo beneficios para mí, no cooperar con lo requerido por los Servicios de Cuidados para Niños podría resultar en la pérdida o disminución de mis beneficios.

Podría requerirse que coopere con revisadores estatales o federales que se aseguran de que mis beneficios sean correctos. Si no coopero, puede ser que no califique para recibir beneficios.

Mediante mi firma certifico que el estatus de ciudadanía/inmigración marcado en la **Sección 1** para cada una de las personas que solicita la asistencia de Cuidados para Niños es correcto.

Firma (debe completarse)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mediante mi firma confirmo que he leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades que se indican en esta página.

Nombre del solicitante/representante autorizado en letra de imprenta

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

Nombre del solicitante/representante autorizado en letra de imprenta

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

¿Qué va a pasar ahora?

- Revise la Lista de Verificación para la Re-evaluación de Cuidados para Niños de la página 1 para asegurarse de haber completado todos los pasos necesarios.
- Nos pondremos en contacto con usted si necesitamos más información o para notificarle que hemos procesado su re-evaluación.
- ¿Le gustaría saber qué otros recursos hay disponibles en su comunidad? En livebetteridaho.org podrá encontrar otros servicios disponibles.