CCA LISTA DE VERIFICACION

Please mark with an "X" and complete the requested information.

_____ **CCA Renewal**
_____ *Date current coverage expires*
_____ **Advanced From Waitlist**
_____ *Waitlist start date*
_____ **New CCA Family**
_____ **Priority Population?**
_____ *TANF/NEON*
_____ *Experiencing Homelessness*
_____ *Foster/CPS*

CLUBHOUSE: _____

STAFF TAKING THE APPLICATION: _____
(Print & Sign)

CLUBHOUSE COMPLETENESS 2ND REVIEW / SIGN-OFF: _____
(Print & Sign)

DATE APPLICATION EMAILED TO CCA SPECIALIST: _____

SE REQUIERE EL PAQUETE DE SOLICITUD COMPLETO

Verificación del personal

_____ **SOLICITUD COMPLETA:** responda todas las preguntas y rellene todas las secciones de la solicitud.
* Todas las personas que actualmente viven en la casa con el solicitante deben aparecer en la página 1 (esto debe coincidir con su caso DWSS si corresponde)
* Todos los padres/tutores del hogar deben firmar y fechar la página 4.

_____ **INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE PAGO**: copias de talones de cheques de pago que cubren 30 días
*(p. ej., dos talones de pago quincenales, cuatro talones de pago semanales)

* Documentación de verificación de pago alternativa si no hay talones de pago disponibles: formulario de verificación de empleo completado por el empleador u hoja de trabajo por cuenta propia que cubra dos meses de actividad (debe incluir qué tipo de trabajo, número de horas e ingresos mensuales).

_____ **CERTIFICADOS DE NACIMIENTO**: copias de certificados de nacimiento para TODOS los niños del hogar

_____ **PRUEBA DE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE DEL NIÑO(S)**: **si** el certificado de nacimiento no brinda prueba de ciudadanía estadounidense, proporcione documentación alternativa

_____ **PRUEBA DE RELACIONES FAMILIARES**: **si** el certificado de nacimiento no muestra relación entre niño y adulto en el hogar, proporcione documentación alternativa

_____ **ID CON FOTO**: copias para TODOS los padres/tutores del hogar

_____ **COMPROBANTE DE RESIDENCIA EN NEVADA**: **si** la identificación con foto no muestra la dirección local, proporcione respaldo alternativo (p. ej., factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento)

_____ **TARJETAS DE SEGURO SOCIAL**: copias para TODOS los miembros del hogar a menos que se rechace el SSN

_____ **ACUERDO DE CLIENTE FIRMADO**: todos los padres/tutores del hogar deben firmar y fechar

_____ **SUSTENTO INFANTIL**: si ambos padres naturales no están en el hogar, proporcione copia de la orden/acuerdo judicial, historial de pagos o estado de cuenta

_____ **CARTA(S) DE COLOCACIÓN**: si corresponde en el caso de una acogida o tutela

_____ **LICENCIA DE ACOGIDA**: si corresponde

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR. *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

Origen étnico: **H** = Hispano/latino **N** = No hispano/latino
Raza: **A**–Asiático; **B**–Negro o afroamericano; **I**– Indio Americano o Nativo de Alaska; **N**–Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **W**–Blanco
Estado civil: **S**–Soltero; **M**–Casado; **N**–Separado; **D**–Divorciado; **W**–Viudo

ADULTOS:

Nombre legal	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
	Sí mismo							

NIÑOS (menores de 18 años):

Nombre legal	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									☐ Sí ☐ No
									☐ Sí ☐ No
									☐ Sí ☐ No
									☐ Sí ☐ No
									☐ Sí ☐ No

Dirección residencial	Ciudad Estado Código postal	
Dirección postal	Ciudad Estado Código postal	
Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	Dirección de correo electrónico

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:

1. **¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)?** ☐ **Sí** ☐ **No**
   Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____
2. **¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas?** ☐ **Sí** ☐ **No**
   Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____
3. **¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación?** ☐ **Sí** ☐ **No**
   Si la respuesta es Sí, nombre:_____ Razón: _____

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ Fecha prevista de regreso: _____

6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____

7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Cuándo: _____ Dónde: _____

8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Programa: _____ Fecha de inicio: _____

9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares ($1,000,000)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Tipo de bienes: _____

10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿quién?: _____ Cantidad pagada: _____ Frecuencia: _____

¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños? ☐ Sí ☐ No

Sí la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )	☐ Sí ☐ No		☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual	☐ Fiscal de distrito ☐ Acuerdo judicial ☐ Acuerdo privado
	Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )	☐ Sí ☐ No		☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual	☐ Fiscal de distrito ☐ Acuerdo judicial ☐ Acuerdo privado
	Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )	☐ Sí ☐ No		☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual	☐ Fiscal de distrito ☐ Acuerdo judicial ☐ Acuerdo privado

INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES): *Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores*

- ☐ 01 – TANF
- ☐ 02 – SNAP
- ☐ 03 – Vivienda subvencionada
- ☐ 04 – Pagos de cuidado temporal
- ☐ 05 – Beneficios de Veteranos
- ☐ 06 – Dinero en pago único
- ☐ 07 – Asignación militar
- ☐ 08 – Compensación de Trabajadores
- ☐ 09 – Seguro de discapacidad temporal
- ☐ 10 – Dinero para educación/Becas Pell
- ☐ 11 – Beneficios por desempleo
- ☐ 12 – Contribuciones o préstamos
- ☐ 13 – Retiro ferroviario
- ☐ 14 – Liquidaciones de seguro
- ☐ 15 – WIC
- ☐ 16 – Propinas
- ☐ 17 – Dividendos
- ☐ 18 – Regalías
- ☐ 19 – Intereses
- ☐ 20 – Ganancias de juego
- ☐ 21 – Pensión alimenticia
- ☐ 22 - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad
- ☐ 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes
- ☐ 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación
- ☐ 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación
- ☐ 27 – Subvenciones de adopción
- ☐ 28 – Medicaid

☐ Otro: _____

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

EMPLEO: *Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.*

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )			☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ A comisión	**Horario:** ☐ Varía ☐ Jue ☐ Lun ☐ Vie ☐ Mar ☐ Sáb ☐ Mié ☐ Dom **De:** **A:**
		Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )			☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ A comisión	**Horario:** ☐ Varía ☐ Jue ☐ Lun ☐ Vie ☐ Mar ☐ Sáb ☐ Mié ☐ Dom **De:** **A:**

CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN: *Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.*

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )			
	Nombre: *Dirección:* *Teléfono:* ( )			

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	Nombre: Desert Pines Clubhouse
	Dirección: 3750 E Bonanza Rd Bldg #35, Las Vegas, NV 89110
	Teléfono: (702) 476-9224
	Nombre: Desert Pines Clubhouse
	Dirección: 3750 E Bonanza Rd Bldg #35, Las Vegas, NV 89110
	Teléfono: (702)476-9224

SUS DERECHOS

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS).También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente.

Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del padre legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo padre o tutor del niño(s)	Fecha

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑOS – ACUERDO DE CLIENTE

Este proyecto recibe fondos en parte bajo un acuerdo con la División de Bienestar y Servicios de Apoyo de Nevada

El Programa de Subsidio de Cuidado de Niños asiste con los gastos del cuidado de niños a las familias elegibles. Los beneficios se pagan directamente al proveedor de la elección del cliente, mientras el cliente se encuentra en una actividad laboral aprobada. No se garantizan los beneficios de ninguna familia - están condicionados a que la familia califique bajo las directrices actuales de elegibilidad, y los fondos disponibles de acuerdo a la categoría. Los clientes que accedan al Programa de Subsidio de Cuidado de Niños deben cumplir con las siguientes guías. El hecho de no cumplir podría resultar en la descalificación o terminación del programa.

Por favor lea este documento cuidadosamente, ya que explica sus derechos y las expectativas del programa mientras que usted reciba los beneficios de Subsidio de Cuidado de Niños.

Responsabilidades del Cliente

Documentos requeridos

Complete el formulario de **Solicitud de Subsidio de Cuidado de Niños** y proporcione la siguiente documentación*:

***Nota**: Los hogares que cumplan con la definición de "sin techo/sin hogar - *homeless*" tendrán un plazo de hasta 90 días para proporcionar las verificaciones que no están fácilmente disponibles, o son difíciles de obtener.

- **Edad** - los niños que reciben subsidios deben ser menores de 13 años;
- **Necesidad especial**: para los niños que necesitan servicios desde la edad de 13 a 19 años;
- **Identificación** - requerida para todos los miembros adultos integrantes del hogar;
- **Ciudadanía** - debe existir documentación en el caso de los niños que reciben servicio;
- **Seguro Social** - se requiere prueba por parte de todos los miembros integrantes de la familia, a menos que estos no sean ciudadanos e indocumentados, o sean recién nacidos;
- **Inmunizaciones** - las inmunizaciones actualizadas son necesarias para todos los niños que reciben servicio;
- **Relación** – debe establecerse la relación que existe entre el solicitante y cada niño;
- **Custodia** - debe establecerse cuando el menor no es el hijo natural o adoptivo del solicitante, o cuando se requiera para que de ese modo se pueda determinar la residencia de un niño miembro;
- **Residencia** - los clientes deben estar viviendo en Nevada y ser elegibles para recibir los beneficios;
- **Composición del hogar** - los solicitantes deben documentar a todas las personas adultas y menores que viven en el hogar y actualizar el estado activo dentro del hogar. La composición del hogar para la unidad de cuidado de niños lo determinará las reglas del programa, las cuales podrían excluir a algunos miembros del hogar;
- **Ingresos** – todos los ingresos obtenidos y no obtenidos de todos los miembros del hogar deben reportarse; sin embargo, algunas ingresos no se incluyen en la determinación, de acuerdo con las guías establecidas;
- **Propósito del Cuidado** - todos los miembros adultos del hogar (y padre/madre menor) deben participar en una actividad autorizada, la cual puede incluir: entrenamiento/capacitación, búsqueda de empleo, empleo, escolaridad u otras actividades aprobadas por la gerencia del Programa de Subsidios de Cuidado de Niños; y
- Proporcionar cualquier otra documentación que solicite el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños para justificar la información de elegibilidad bajo el programa.

Requisitos Relacionados con el Reporte

Reporta los siguientes cambios al Programa de Subsidio de Cuidado de Niños **dentro de 10 días del calendario siguiente a la ocurrencia**:

- Composición del hogar;
- Domicilio y/o dirección de correo postal;
- Proveedor a cargo del cuidado de niños;
- Cambios de horario; y
- Fuentes de ingresos que sean nuevas o aumentaron.

La falta de reportar estos cambios a tiempo podría resultar en un pago excesivo de los beneficios, que luego tendrán que devolverse al Programa de Cuidado de Niños.

Cargos que se Cubren con Respecto al Cuidado de Niños

El Programa de Subsidio de Cuidado de Niños pagará hasta la tarifa máxima estatal permitida, en base a la edad del niño, el tipo de proveedor, la tarifa del proveedor, y la ubicación en donde se encuentra la instalación.

- Los pagos del cuidado de niños se hacen basados al horario aprobado a los proveedores licenciados y no licenciados cuando el padre/madre usa solamente un proveedor, o el padre/madre usa varios proveedores con un horario establecido.
- Los pagos del cuidado de niños se hacen en base a la asistencia actual cuando el niño asiste a un programa ofrecido por parte de un proveedor antes o después de la escuela, o un proveedor *Wraparound*, o el padre/madre usa varios proveedores con un horario variado.
- Cuando el pago de subsidio por el cuidado de niños en un hogar se basa en la asistencia actual, los clientes tienen derecho a **21 días de discrecionales** por niño, por calendario anual, que se utilizan para las ausencias (días de enfermedad, días festivos o vacaciones). El uso de los días discrecionales debe autorizarlo y firmarlo el cliente en la hoja de horas aprobadas.
- El Programa de Subsidios de Cuidado de Niños pagará por los costos de inscripción del proveedor que no excedan el límite máximo del Estado.

Cargos de Cuidado de Niños No Reembolsables

- Clientes pagarán cualquier costo no cubra por el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños directamente a su proveedor, en el tiempo requerido por el proveedor (por ejemplo: excedentes, cargos por atraso, matrícula escolar, comidas, transporte, artículos de ropa/uniformes).
- Clientes son responsables de pagar sus copagos directamente a su proveedor, en acuerdo con las políticas/reglas del proveedor. Los clientes deben tener un saldo nulo de copago, o un acuerdo de reembolso con el proveedor antes de transferirlo a un proveedor nuevo.
- Clientes pagarán por todos los días de cuidado de niños que no están autorizados en el certificado.

Utilización de Los Servicios de Cuidado de Niños

- Se les permite a los clientes inscribirse con un proveedor de su elección (dentro de los requisitos legales y de licencia, así como bajo de la División de Servicios de Bienestar y Apoyo de Nevada, y del Programa de Subsidio de Cuidado de Niños).
- Todos los clientes o representantes autorizados deben firmar cada día por el niño en la Hoja de Horas de Asistencia y Reembolso del Proveedor de Cuidado de Niños proporcionado en la instalación a cargo del cuidado de niños.
- La hoja de horas (conocido como *timesheet* en inglés) también servirá como autorización para el uso de los días discrecionales, si corresponde. Por favor, lea el formulario de la hoja de horas para informarse sobre los detalles.
- Los clientes deben firmar la hoja de horas al final de cada mes verificando que la información es correcta y exacta, y está completa para que el subsidiado de cuidado de niños se pueda pagar en nombre de los clientes.
- Clientes deben notificar al Programa de Subsidio de Cuidado de Niños dentro de10 días del calendario siguiente del cambio a un nuevo proveedor, y/o cuando el estatus del cuidado de niños cambia (clausura del proveedor, cambio de licencia, etc.). Los papeleos adecuados deben completarse y ser aprobados por el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños antes de que los servicios continuos de cuidado de niños sean autorizados.
- Si utiliza un proveedor sin licencia (Familia, Amigo o Vecino (FFN), en ningún momento el cliente y el proveedor podrán tener la misma residencia.

Terminación de los Beneficios de Subsidio

- Los servicios de subsidio podrían terminarse cuando los clientes no proporcionan la documentación requerida dentro del plazo establecido.
- Los servicios de subsidio se terminarán en el momento de la reinserción, o el momento cuando se descubre que el ingreso familiar ha excedido los límites establecidos por el Estado, o cuando no se disponga de fondos.
- El Control de Calidad de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo o Investigaciones y Recuperación, podría examinar su caso en cuanto a la exactitud de los beneficios de subsidio que se han pagado en su nombre. La falta de cooperación con el Control de Calidad o Investigaciones y Recuperación podría resultar en la terminación del servicio. Además, si se encuentran inexactitudes, éstas podrían resultar en un pago excesivo y/o en la terminación del programa de subsidios.

Pagos Excesivos / Violaciones Intencionales del Programa

- Los clientes serán responsables de volver a pagar los fondos hechos a los proveedores que resultaron de informes de información intempestivos o inexactos.
- Si se declara que los clientes son culpables de una infracción intencional al programa (*Intentional Program Violation*, por sus siglas en inglés IPV), los beneficios futuros de subsidio estarán sujetos a dos (2) pasos de disminución porcentual por seis (6) meses durante la primera ocurrencia, y tres (3) pasos de disminución del porcentaje durante la segunda ocurrencia por doce (12) meses, y una tercera (3ra) ocurrencia resultará en que permanentemente sea inelegible para recibir beneficios.

Derechos del Cliente

Los padres/tutores de los niños que participan en el programa de subsidio de cuidado de niños tienen derecho a:

- Escoger un proveedor a cargo del cuidado de niños inscribiéndose con un proveedor legal elegible que tenga un acuerdo de subsidio activo y archivado con el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños, o que sea elegible por medio de licencias, regulaciones o registro.
- Tener acceso ilimitado a los niños y al proveedor que cuida a los niños durante las horas normales de operación del proveedor, y en cualquier momento en que los niños se encuentran bajo el cuidado del proveedor.
- Recibir información sobre todas las opciones de los clientes y otras políticas/reglas y prácticas relacionadas con los servicios de cuidado de niños, incluyendo cualquier requisito de licencia/regulación aplicable y procedimientos de queja.
- Hacer quejas orales y escritas sobre cualquier proveedor a cargo del cuidado de niños y revisar la información relacionada con las quejas justificadas contra el proveedor.
- Exigir que el proveedor pase una verificación completa de antecedentes de modo que pueda proveer cuidado de niños.
- Apelar las decisiones de denegación o terminación de los servicios del programa, con la excepción de cambios masivos hechos por la División Estatal de Bienestar y Servicios de Apoyo de Nevada, o los períodos de finalización de la certificación.

Al firmar este documento, entiendo que si hago declaraciones falsas o engañosas, oculto o retengo hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios podrían reducirse, negarse o terminarse, y podría ser descalificado de la participación en el programa, ser procesado penalmente, o de otra manera ser penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

_____	_____	_____
Nombre del Cliente	Firma del Cliente	Fecha
_____	_____	_____
Esposo(a) /Nombre del Co-Solicitante	Esposo(a) /Nombre del Co-Solicitante	Fecha

BOYS & GIRLS CLUBS
OF SOUTHERN NEVADA

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/RECIPIENTE O OTRA PERSONA

Nombre de la persona hacienda la declaración: _____

Relación con el solicitante/ recipiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Sé que debo dar información completa y precisa. Entiendo que si no lo hago, mis beneficios pueden se reducidos, teminados, o puedo ser multado y / o procesado penalmente.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son verdaderas, correctas y completes a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Firma	Fecha	Número de teléfono
Dirección	Cuidad	Estado / Código postal