

AVISO INFORMATIVO Y FORMULARIO PARA SOLICITAR CUIDADO DE NIÑOS PAGADO DURANTE LA PRIMERA ETAPA DE CalWORKs

Si usted recibe beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) y está trabajando o asistiendo a una actividad para la transición de la asistencia pública al trabajo (conocida en inglés como "Welfare-to-Work"), es posible que sea elegible para recibir asistencia de cuidado de niños. No puede recibir pagos para el cuidado de niños durante la primera etapa para ningún período de tiempo que sea más de 30 días consecutivos antes de la fecha en que usted solicite a su trabajador pago para el cuidado de niños. Para recibir reembolsos del cuidado de niños durante la primera etapa, se tiene que determinar que usted es elegible y su proveedor tiene que cumplir ciertos requisitos. Si cambia de proveedor de cuidado de niños, también tiene que informarle a su trabajador antes de que pasen 30 días a partir del primer día que usted reciba servicios de su proveedor.

Un proveedor de cuidado de niños con licencia exento que se le requiere estar registrado con TrustLine debe registrarse antes de que el pago pueda hacerse. Proveedores de cuidado de niños con licencia exentos que se registran con TrustLine pueden recibir el pago retroactivo por hasta 120 días civiles de la fecha en que se registrarán con TrustLine.

Usted tiene que firmar y devolverle este formao a su trabajador. También puede usar este formulario para solicitar cuidado de niños pagado si lo necesita en este momento.

Por favor marque uno de los siguientes:

Oral Request

- En este momento necesito asistencia para pagar el cuidado de niños para poder ir a trabajar o asistir a mi actividad de *Welfare-to-Work*
- En este momento no necesito cuidado de niños pagado. Entiendo que si en el futuro necesito cuidado de niños pagado, tendré que solicitarlo a mi trabajador.

Entiendo que como beneficiario de CalWORKs, el cuidado de niños pagado está disponible para que yo pueda trabajar y asistir a mi actividad de *Welfare-to-Work*. Si necesito ayuda para encontrar y/o seleccionar un proveedor de cuidado de niños, puedo comunicarme con la oficina local de recursos e información sobre el cuidado de niños que se indica a continuación:

Nombre: **MAOF, Monterey County Resource & Referral (R&R) Program**
Número de teléfono: **(831) 757-0775 o 1 (800) 339-9306**
Dirección: **11 Quail Run, Suite #101, Salinas, CA 93907**

Entiendo que tengo que avisarle inmediatamente a mi trabajador cuando tenga la necesidad de cuidado de niños pagado y también cada vez que cambie de proveedor de cuidado de niños.

Entiendo que el Programa de CalWORKs me ayudará a pagar el cuidado de niños solamente después de que yo haya solicitado cuidado de niños pagado. El número de teléfono de mi trabajador es: (831) _____.

Entiendo que después de solicitar asistencia para pagar el cuidado de niños, tendré que proporcionarle cierta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos para ver si soy elegible. Si no puedo obtener la información, puedo pedirle a mi trabajador que me ayude a obtener la información que necesito. Si no le doy esta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos, es posible que se niegue mi solicitud para cuidado de niños.

Entiendo que necesito solicitar cuidado de niños pagado antes de que pasen 30 días consecutivos a partir del primer día que reciba servicios de mi proveedor de cuidado de niños. De esta manera, se le podrá pagar a mi proveedor por los servicios que me proporcione. Entiendo que seré responsable por cualquier servicio de cuidado de niños que yo reciba antes del período de 30 días consecutivos.

Entiendo que mi proveedor de cuidado de niños tiene que cumplir ciertos requisitos para que se le pueda pagar. También entiendo que tendré que pagar por cualquier servicio de cuidado de niños que yo reciba si mi proveedor de cuidado no cumple estos requisitos. Si elijo a un proveedor del cuidado de niños que se requiere ser TrustLine registrado, entiendo que soy responsable de pagar por el cuidado de niños si el proveedor no se convierte en Trustline registrado.

Entiendo que se tiene que determinar que soy elegible para que pueda recibir el cuidado de niños pagado.

Yo he leído este aviso o me lo han leído, y entiendo que le puedo preguntar a mi trabajador si tengo alguna pregunta o si necesito información adicional sobre este aviso.

NOMBRE DEL CASO (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)		NUMERO DEL CASO
FIRMA	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
NOMBRE DEL TRABAJADOR		NUMERO DE TELEFONO

Nombre del Proveedor: _____ Numero de Teléfono: _____

Relación de proveedores para niño: _____

(Si la familia introduce el título. Si no es familia no introduzca ninguna relación)

Cliente se negó a firmar. Iniciales del Trabajador : _____

DISTRIBUTION: ORIGINAL To: Child Care Payment Unit **COPIES:** Customer, CB File (if completed at CB) or CWES File (if completed in KC or SE)

Monterey County Department of Social and Employment Services
CalWORKs Employment Services, Child Care Payment Unit
730 La Guardia Street, Salinas, CA 93905
C-IV Indexing: Case/Child Care /Child Care Request

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
STATE OF CALIFORNIA, HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY