

Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi
Solicitud de Redeterminación para Familias

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombre:			Nro. de Seguro Social*:		
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Raza:	Etnia**: ☐ Hispano ☐ No hispano		
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Nunca se casó		¿Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No	¿Recibe asistencia para la vivienda de alguna entidad gubernamental? ☐ Sí ☐ No	¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?	
¿Es usted miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí					
Dirección física:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:	
Dirección de correo electrónico:					
¿La dirección postal es la misma que la dirección física? ☐ Sí En caso negativo, complete la sección a continuación:					
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
INFORMACIÓN DE INGRESOS					
¿Usted trabaja 25 horas por semana como mínimo? ☐ Sí ☐ No	¿Está inscrito en un programa educativo a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No		¿Trabaja menos de 25 horas por semana Y se inscribió en un programa educativo por lo menos a tiempo parcial? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del empleador (autónomo):	Pago bruto recibido:		Calendario de pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual		
Empleador (autónomo) nro. 2:	Pago bruto recibido:		Calendario de pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual		
Monto de ingresos del Seguro Social (autónomo):	Otros ingresos: _____ Monto: _____		Otros ingresos: _____ Monto: _____		
Nombre del empleador (cónyuge):	Pago bruto recibido:		Calendario de pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual		
Empleador nro. 2 (cónyuge):	Pago bruto recibido:		Calendario de pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual		
Monto de ingresos del Seguro Social (cónyuge):	Otros ingresos: _____ Monto: _____		Otros ingresos: _____ Monto: _____		
☐ Doy fe de que no tengo ningún activo o combinación de activos que excedan los \$ 1,000,000.					

Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi
Solicitud de Redeterminación para Familias

INFORMACIÓN DEL NIÑO							
Nombre del niño nro. 1:		Segundo nombre:		Apellido:		Título:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Raza:		Etnia**: ☐ Hispano ☐ No hispano	
Nro. de Seguro Social*:	¿Su hijo tiene necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No			¿Tiene un caso de manutención de menores abierto en la División de Cumplimiento de Manutención de Menores (Division of Child Support Enforcement)? ☐ Sí ☐ No			
	¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No						
¿El padre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No				¿La madre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No			
Su hijo está en: ☐ Jardín de infantes ☐ Head Start ☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ No inscrito							
Se necesitan servicios de cuidado infantil (marque todas las opciones que correspondan) ☐ de lunes a viernes ☐ sábado ☐ domingo ☐ por la noche <i>El cuidado infantil durante la noche/el fin de semana solo se autoriza si se facilita una prueba de horario de trabajo/escolar nocturno.</i>				Se necesita atención en el horario: De lunes a viernes ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m. Sábado ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m. Domingo ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m.			
Nombre del proveedor elegido:		Dirección del proveedor:			Teléfono del proveedor:		
Nombre del niño nro. 2:		Segundo nombre:		Apellido:		Título:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Raza:		Etnia**: ☒ Hispano ☐ No hispano	
Nro. de Seguro Social*:	¿Su hijo tiene necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No			¿Tiene un caso de manutención de menores abierto en la División de Cumplimiento de Manutención de Menores (Division of Child Support Enforcement)? ☐ Sí ☐ No			
	¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No						
¿El padre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No				¿La madre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No			
Su hijo está en: ☐ Jardín de infantes ☐ Head Start ☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ No inscrito							
Se necesitan servicios de cuidado infantil (marque todas las opciones que correspondan) ☐ de lunes a viernes ☐ sábado ☐ domingo ☐ por la noche <i>El cuidado infantil durante la noche/el fin de semana solo se autoriza si se facilita una prueba de horario de trabajo/escolar nocturno.</i>				Se necesita atención en el horario: De lunes a viernes ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m. Sábado ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m. Domingo ____ a. m./p. m. a ____ a. m./p. m.			
Nombre del proveedor elegido:		Dirección del proveedor:			Teléfono del proveedor:		
Nombre del niño nro. 3:		Segundo nombre:		Apellido:		Título:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Raza:		Etnia**: ☐ Hispano ☐ No hispano	
Nro. de Seguro Social*:	¿Su hijo tiene necesidades especiales? ☐ Sí ☐ No			¿Tiene un caso de manutención de menores abierto en la División de Cumplimiento de Manutención de Menores (Division of Child Support Enforcement)? ☐ Sí ☐ No			
	¿Este niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No						

Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi
Solicitud de Redeterminación para Familias

¿El padre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No		¿La madre del niño vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No	
Su hijo está en: ☐ Jardín de infantes ☐ Head Start ☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ No inscrito			
Se necesitan servicios de cuidado infantil (marque todas las opciones que correspondan) ☐ de lunes a viernes ☐ sábado ☐ domingo ☐ por la noche <i>El cuidado infantil durante la noche/el fin de semana solo se autoriza si se facilita una prueba de horario de trabajo/escolar nocturno.</i>		Se necesita atención en el horario: De lunes a viernes _____ a. m./p. m. a _____ a. m./p. m. Sábado _____ a. m./p. m. a _____ a. m./p. m. Domingo _____ a. m./p. m. a _____ a. m./p. m.	
Nombre del proveedor elegido:		Dirección del proveedor:	
		Teléfono del proveedor:	
* Si no cuenta con esta información, esto no es motivo para la desestimar la elegibilidad. ** El gobierno federal exige al MDHS recopilar esta información. No se utilizará para determinar la elegibilidad para el programa. *** Utilice formularios de solicitud adicionales, según sea necesario, para proporcionar información sobre más de 3 niños.			
MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Nombre:		Sexo:	Relación con el padre, la madre/el tutor legal:
Nombre:		Sexo:	Relación con el padre, la madre/el tutor legal:
Nombre:		Sexo:	Relación con el padre, la madre/el tutor legal:
☐ Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Certifico que no he omitido ni tergiversado ninguna información necesaria para la elegibilidad para el Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi (Child Care Payment Program).			
☐ Entiendo y acepto que, al estar de acuerdo con estos servicios, es mi responsabilidad adherirme a todas las políticas establecidas por la División para el Cuidado y Desarrollo de la Primera Infancia (Division for Early Childhood Care and Development, DECCD) para el Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi. Entiendo que una copia de las políticas de este programa se encuentra en el sitio web de la DECCD.			
Envíe la solicitud firmada y completada, el documento de Derechos y Responsabilidades de los Padres, la Declaración de Acuerdo de los Padres y otra documentación requerida por Internet, correo, correo electrónico o fax.			
Enlace para cargar por Internet: https://app.smartsheet.com/b/form/92ca98a8c3364fa298d7c05e2356cff5			
Correo: DECCD P.O. Box 352 Jackson, Mississippi 39205			
Correo electrónico: ccpayment@mdhs.ms.gov			
Fax: 601-359-4422			
Firma del solicitante		Fecha	