



Workforce Solutions - Servicios de Cuidado De Niños (CCS) Requisitos de Elegibilidad

Estimado Padre (s) / Tutor (es) Legales:

Este paquete contiene información importante sobre los requisitos de elegibilidad de CCS, junto con la solicitud de elegibilidad completa. Los Servicios de cuidado de niños pueden ayudarlo con el costo del cuidado para sus hijos mientras trabaja, está en entrenamiento o continúa su educación.

Lea, complete, firme y feche todos los formularios de este paquete que se aplican a su hogar y devuélvalos con toda la documentación requerida. Una vez que se reciba el paquete de elegibilidad completo, un especialista en cuidado de niños revisará la información presentada y determinará si usted califica para los Servicios de cuidado de niños.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Su familia puede ser elegible para asistencia de cuidado de niños si:

1. Usted reside en el condado de Hidalgo, Willacy o Starr;
2. Tiene un niño (s) menor de 13 años (o un niño (s) con discapacidades menor de 19 años);
3. El ingreso de su familia no excede el 85% del ingreso medio del estado (vea la tabla a continuación);
4. Cada niño que recibe cuidado de niños es un ciudadano estadounidense o inmigrante legal de los Estados Unidos; y
5. La familia requiere cuidado de niños para participar en entrenamiento, educación y / o una combinación de actividades de empleo por un mínimo de 25 horas por semana para un hogar de solo un padre o 50 horas por semana para un hogar con dos padres.

Nota: Cada padre de una familia de dos padres debe cumplir con el requisito mínimo de participación de 25 horas en la re-determinación de 12 meses.

En la tabla a continuación, encuentre el tamaño de su familia y luego su frecuencia de pago para determinar si cumple con los requisitos de ingresos para el tamaño de su familia.

**Ingreso Máximo Elegible Para Servicios de Cuidado De Niños
1 de Octubre de 2019 - 30 de Septiembre de 2020
Frecuencia de Pago**

Tamaño de la familia	Semanal	Quincenal	Bimensual	Mensual	Ingreso Bruto Máximo <i>Mediana Estatal del 85%</i>
2	\$872	\$1,742	\$1,888	\$3,775	\$3,775
3	\$1,077	\$2,152	\$2,332	\$4,663	\$4,663
4	\$1,282	\$2,562	\$2,776	\$5,552	\$5,552
5	\$1,487	\$2,972	\$3,220	\$6,440	\$6,440
6	\$1,692	\$3,382	\$3,664	\$7,328	\$7,328
7	\$1,731	\$3,459	\$3,748	\$7,495	\$7,495
8	\$1,769	\$3,535	\$3,831	\$7,661	\$7,661
9	\$1,808	\$3,612	\$3,914	\$7,828	\$7,828
10	\$1,846	\$3,689	\$3,997	\$7,994	\$7,994

Por ejemplo, si usted es un hogar de 4 personas y se le paga por quincena, y la cantidad de pago bruto en su cheque es en total menos de \$ 2,562, entonces puede ser elegible para los servicios de cuidado de niños.



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).

- Por Favor, Manténgalo en Sus Archivos -



INFORMACIÓN DE LOS PADRES PARA LA ELECCIÓN UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Selección de los Padres de los Tipos de Proveedores

Tiene la opción de elegir el tipo de proveedor que mejor se adapte a sus necesidades de cuidado de niños. Los tipos de proveedores incluyen:

- Centros de cuidado de niños con licencia,
- Hogares de cuidado de niños con licencia, y
- Hogares de cuidado de niños registrados
- Un familiar/pariente elegible

Para obtener más información sobre estos tipos de proveedores, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Protección y Familias (DFPS) de Texas en: dfps.state.tx.us

Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS)

El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección inspecciona y supervisa a los proveedores de cuidado de niños. Puede ver a los proveedores de cuidado de niños para su cumplimiento con los estándares estatales en: dfps.state.tx.us

Oficina del DFPS en Harlingen
(956) 423-0130

Oficina del DFPS en Edinburg
(956) 316-8275

Elegir un Proveedor de Cuidado De Niños de Calidad

Es de vital importancia que los padres y las familias elijan un programa de cuidado de niños, ya sea basado en el centro o en el hogar, que tengan licencia o estén registrados con la Licencia de cuidado de niños que requiere que todos los programas de cuidado de niños en el estado cumplan con las regulaciones básicas sobre salud y seguridad conocidas como normas mínimas de licencia. En Texas, el Departamento de Servicios de Protección y Familia de Texas (DFPS) regula todos los programas de cuidado de niños.

Puedes encontrar más información en: texasrisingstar.org/parents/choosing-quality-child-care

Texas Rising Star

El programa Texas Rising Star (TRS) es un sistema de clasificación de cuidado de niños voluntario y basado en la calidad de los proveedores de cuidado de niños que participan en el programa de cuidado de niños subsidiado de la Comisión Laboral de Texas. La Certificación TRS está disponible para los Centros con licencia y los Proveedores de hogares de cuidado de niños con licencia y registrados que cumplan con los criterios de certificación. El sistema de certificación de proveedores de TRS ofrece tres niveles de certificación (dos estrellas, tres estrellas y cuatro estrellas) para alentar a los proveedores a lograr requisitos de certificación progresivamente más altos que conduzcan a un nivel de cuatro estrellas.

Puedes encontrar más información en: texasrisingstar.org/parents/find-a-trs-provider

2-1-1 Texas

Un programa de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas está comprometido a ayudar a los ciudadanos de Texas a conectarse con los servicios que necesitan. Ya sea por teléfono o por Internet, su objetivo es presentar información precisa, bien organizada y fácil de encontrar de los programas estatales y locales de salud y servicios humanos. Lo logran a través del trabajo de 25 Centros de Información del Área (AIC) en todo el estado. 2-1-1 Texas es una línea de asistencia social gratuita y anónima disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. No importa dónde viva en Texas, puede marcar el 2-1-1 o el (877) 541-7905 y encontrar información sobre los recursos en su comunidad local. Lo que necesita saber es si necesita ayuda para encontrar comida o vivienda, cuidado de niños, consejería de crisis o tratamiento por abuso de sustancias.

- Por favor, manténgalo en sus archivos -

A proud partner of the  network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



Lista de verificación de paquetes de elegibilidad de CCS

Use la siguiente lista de verificación como guía para asegurarse de completar todo el Paquete de elegibilidad de los Servicios de cuidado de niños. Puede dirigirse a la Oficina de Workforce Solutions más cercana para utilizar una computadora, impresora y / o fax de forma gratuita. Para ubicar la oficina de Workforce Solutions más cercana a usted, visite wfsolutions.org

Una vez completado, los documentos de solicitud y verificación se pueden enviar por correo, por fax o entregados personalmente a la dirección que figura a continuación.

Workforce Solutions - Servicios de Cuidado De Niños
Oficina de Misión WFS
901 Travis St., Suite 7
Mission, TX 78572
Horario: de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm
Directo: (956) 519.4300
Fax: 1.866.580.6089

Workforce Solutions - Servicios de Cuidado De Niños
Oficina de Weslaco de WFS
2290 W. Pike Blvd, Suite 100
Weslaco, TX 78596
Horario: de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm
Directo: (956) 969.6100
Fax: 1.866.890.5452

POR FAVOR DEBE FIRMAR, FECHAR Y GUARDAR COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTA.

Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Cuidado De Niños– Esta es su **aplicación oficial**. Debe asegurarse de que esta solicitud esté completa y sea precisa, de lo contrario se le puede negar la asistencia de cuidado de niños. Debe asegurarse de que la aplicación:

- está completamente lleno; [**NO DEJE** espacios en blanco. **NO** correcciones de "blanco"],
- se completa solo con tinta; [sin lápiz - Por Favor Imprima y Use Bolígrafo Azul o Negro], y
- está firmado y fechado [el día en que envía la solicitud].

Comprobante de Dirección Física (envíe uno de los siguientes documentos)

- Licencia de Conducir del Estado Actual
- Tarjeta de Identificación Actual
- Recibo de Renta (**que muestra la dirección actual para incluir la información de contacto del propietario**)
- Estado hipotecario
- Factura de agua, luz o gas (**la dirección física debe incluir la dirección del servicio**)
- Contratos de Arrendamiento
- Carta de Adjudicación de la Sección 8

Identidad de los Padres: Debe enviar uno de los siguientes documentos para cada padre del hogar para verificar la identidad del padre.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de Conducir Actual o Tarjeta de Identificación Estatal * • Certificado de Nacimiento • Certificado de nacimiento, emitido por un puesto de servicio extranjero (FS-545) • Documentos de adopción o registros. • Pasaporte estadounidense o pasaporte extranjero * • Tarjeta Militar de los EE.UU. o Registro de Servicio Militar • Tarjeta de identificación de marino mercante de la Guardia Costera de EE. UU. * • Certificado de Ciudadanía Estadounidense (N-561) • Tarjeta de Autorización de Empleo * (I-766) • Tarjetas de Seguridad Social (opcional) | <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de Identificación de la Escuela * • Tarjeta / Documento Tribal Nativo Americano (I-872) • Certificado de Grado de Sangre de la India u otro documento Indígena y Tribal de los Estados Unidos de América / Nativo Alaska * • Tarjeta de Documento de Viaje * • Tarjeta de Residencia Permanente * (I-551 "Tarjeta verde") • Tarjeta de Identificación del Dependiente Militar * • Formulario I-94 Registro de Llegada / Salida • Tarjeta de Identificación de Empleado * • Beneficios de TANF, SNAP (cupones de alimentos) u otros registros de asistencia pública relacionados |
|---|---|
- * Emitido con una fotografía

- Por favor, manténgalo en sus archivos -



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).

Debe presentar uno de cada categoría para cada niño en su hogar que recibirá cuidado de niños para verificar:

Edad y Ciudadanía

Edad

- Certificado de Nacimiento (Estados Unidos o sus posesiones)
- Pasaporte actual de los Estados Unidos
- Registros de nacimiento de hospitales o de salud pública (EE. UU. O sus posesiones)
- Registro de la Iglesia o del Bautismo (EE.UU. o sus posesiones)
- Beneficios de TANF, SNAP (cupones de alimentos), Medicaid u otros registros de asistencia pública relacionados
- Expediente educativo
- Tarjeta de Identificación Escolar
- Documento Tribal Nativo Americano
- Documentos de Adopción en los Registros
- Registros de Paternidad de Manutención Infantil
- Decretos de Divorcio o Custodia Judicial.

Ciudadanía

- Certificados de Nacimiento (Estados Unidos o sus posesiones)
- Pasaporte actual de los Estados Unidos
- Registros de nacimiento de hospitales o de salud pública (EE. UU. O sus posesiones)
- Registro de la Iglesia o del Bautismo (EE.UU. o sus posesiones)
- Beneficios de TANF, SNAP (cupones de alimentos), Medicaid u otros registros de asistencia pública relacionados

Inmigrante Legal / Extranjero Calificado

- Formulario de Inmigración I-551 ("Tarjeta Verde")
- Formulario de Inmigración I-94, sellado con la (s) cita (s) de la regla aplicable
- Formulario de Inmigración I-571 (Documento de Viaje para Refugiados)
- Orden del Juez de Inmigración
- Pasaporte Cubano / Haitiano y justificantes.
- Petición de USCIS y documentos justificativos.

Visite wfsolutions.org/faq.html para obtener una lista de las preguntas más frecuentes o comuníquese con nuestra oficina para hablar con un especialista de CCS para preguntar acerca de la documentación aceptable adicional.

Oficina de Misión de WFS
(956) 519-4300

Oficina de Weslaco de WFS
(956) 969-6100

Ingreso Familiar: por favor envíe verificación de los ingresos ganados y no ganados de todos los miembros del hogar durante los últimos 3 meses.

Nota: Dependientes mayores de 14 años que no asisten a la escuela y trabajan; deben reportar sus ganancias.

- Copias de los talones de cheques para cada padre en el hogar durante los últimos 3 meses

Frecuencia de Pago	# de Talones de Cheques
Semanal	13
Quincenal	7
Dos veces al mes	6
Mensual	3

- Formulario de Verificación de Empleo / Ingresos completado por el empleador para cada padre y dependiente en el hogar, y
- Documentación de cualquier ingreso adicional recibido en los últimos 3 meses..

Si Empleado Nuevo:

- Formulario de Verificación de Empleo / Ingresos - firme la sección superior del formulario y pídale a su empleador que complete, firme y feche el formulario Y
- Proporcione copias de los talones de cheques, si están disponibles.

- Por favor, manténgalo en sus archivos -

A proud partner of the **AmericanJobCenter** network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).

Entrenamiento Laboral / Programa Educativo: Debe proporcionar lo siguiente para verificar su participación en un Programa Educativo / Entrenamiento Laboral.

- Horario de la escuela actual y Transcripción actual, si asiste una universidad
- Carta Escolar o Papeleo de Inscripción Escolar y Formulario de Verificación del Horario de la Escuela o Entrenamiento (completado por la escuela), si asiste una escuela técnica or vocacional

Para Estudiantes de Secundaria o GED: Carta Escolar y Formulario de Verificación del Horario de la Escuela o Entrenamiento (completado por la escuela)

Atención Automatizada de Cuidado de Niños (CCAA): Debe firmar y devolver lo siguiente para verificar su comprensión de sus responsabilidades en el uso del sistema CCAA y para recibir las tarjetas de CCAA para usted y / o hasta (3) personas designadas.

- Acuerdo de los padres para el uso de CCAA
- Formulario de solicitud de titular de tarjeta Primaria y Secundaria de CCAA

Reportar las ausencias y la asistencia diaria es un requisito de CCS. No hacerlo puede resultar en la cancelación de sus servicios de cuidado de niños y la colocación en un período de espera obligatorio (60 días calendario).

Formulario de Requisitos de Informe de los Padres: Debe firmar y devolver el formulario de Requisitos de informe de los padres, que le informa sobre las responsabilidades de informar cambios dentro de los 14 días posteriores a su ocurrencia.

- Cambios en el ingreso familiar o el tamaño de la familia que podrían hacer que la familia supere la elegibilidad de ingresos para los servicios de cuidado de niños,
- Cambios permanentes en el trabajo o asistencia a un programa educativo o de entrenamiento laboral, y
- Cualquier cambio en la residencia familiar, número de teléfono principal o correo electrónico (si está disponible).

Si no se informan oportunamente los cambios requeridos, se pueden encontrar hechos por sospechas de fraude en los servicios del programa.

Formulario de Orientación a Procedimientos de Quejas por Discriminación: Debe firmar y devolver este formulario que le informa sobre sus derechos y procedimientos para presentar quejas relacionadas con los servicios recibidos.

Niño con Discapacidad (definición): Un niño que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento. Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo; realizar tareas manuales; para caminar; audición; ver, hablar, o respirar; aprendizaje; y / o trabajando.

Por favor proporcione uno o más de la siguiente documentación:

- Declaración de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Contrato del Programa de Servicios de Rehabilitación Vocacional (VRS) Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- Contacto de Head Start que Identifica al Niño como Discapacitado
- Servicios de Educación Especial de Escuelas Públicas, Incluidos los Servicios de Escuelas Públicas para Niños de 3 a 5 años (PPCD), contrato
- Declaración o carta de un Médico Calificado

Puede informar el costo de los gastos médicos continuos para un niño con discapacidades. El monto pagado puede ser deducido del ingreso familiar. Nota: Se requieren recibos de pago por el costo de los gastos médicos continuos.

- Por favor, manténgalo en sus archivos -



SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS CONTRATO DE PADRES PARA EL USO DE LA SISTEMA DE AUTOMATIZACIÓN DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS (CCAA)

Para informar sobre la asistencia, usted o el titular de su tarjeta secundario debe usar Punto de Servicio (POS) o Respuesta de Voz Interactiva (IVR)

1. Swipe su tarjeta.
2. Seleccione su PIN y presione "Enter"
3. Elija el tipo de asistencia (1 = "Check-in", 2 = "Check-out", 3 = "Check-in anterior", 4 = "Check-out anterior")

Nota: El registro de entrada y salida anterior le permite "atrasar" la asistencia del día actual o del día anterior. Cuando esta función se usa para un "check-in anterior", debe asegurarse de ingresar la fecha y la hora correctas. Si esto se hace incorrectamente, su CCAA se bloqueará y usted no podrá pasar los siguientes cinco (5) días.

4. Seleccione el Número de niño (obtenga el número de niño de su formulario de notificación de servicio de cuidado de niños) y presione "Enter".
5. Repita para cada niño. Cuando haya terminado, presione "Enter" de nuevo.

Reportar Ausencias - usted o su titular de tarjeta secundario debe:

1. Desliza tu tarjeta
2. Seleccione su PIN y presione "Enter"
3. Elige 5 = Día de ausencia
4. Seleccionar ausencia
5. Escribe y presiona "Enter"
6. Si no es un tipo de Ausencia General, seleccione un Motivo Específico.

C
I

 Orden judicial (se Requiere Documentación)
Enfermedad Crónica o Discapacidad (se Requiere Documentación)
7. Seleccione el número del niño y pulse "Enter". Repita para el próximo niño. Cuando haya terminado, presione "Enter" de nuevo.

Para informar la asistencia y las ausencias en hogares o instalaciones donde no hay un dispositivo POS, usted o el titular de su tarjeta secundario deben usar la Respuesta de Voz Interactiva (IVR):

1. Llame al 1-866-960-6496 desde el teléfono del proveedor
2. Ingrese su número de tarjeta
3. Ingrese su PIN
4. Sigue las instrucciones

Usted o sus titulares de tarjetas secundarios son responsables de asegurarse de que la asistencia sea aprobada para el día:

1. Verifique el mensaje en la máquina POS o el recibo después de cada selección para ver si está aprobado.
 - Si la respuesta es denegada, debe informar a su proveedor.
 - Si la respuesta es 'Guardar y reenviar' (SAF), debe notificar al proveedor que la transacción fue exitosa y el proveedor verificará en la próxima transacción..
2. Si usa un IVR, debe escuchar el mensaje de IVR después de que se apruebe cada asistencia registrada para confirmar que se haya aprobado y siga los mismos pasos anteriores si se deniega.
3. Si la asistencia no se aprueba a través del POS o IVR durante tres (3) días consecutivos, deberá notificar a su trabajador de CCS. El no informar esto puede resultar en ausencias contabilizadas para más de 40 ausencias.

Debe comunicarse con su Especialista de CCS inmediatamente si usted o sus titulares secundarios pierden o dañan la tarjeta CCAA:

1. Para solicitar una tarjeta de reemplazo, comuníquese con el Departamento de Cuidado de Niños a través del formulario de envío de contacto en wfsolutions.org
2. Para restablecer un PIN, debe llamar al número de Servicio al Cliente de la Tarjeta de Asistencia de Cuidado de Niños (1-866-960-6496).
3. Cuando usted o su titular de la tarjeta secundario recibe por primera vez la tarjeta CCAA, llame al 1-866-960-6496 para seleccionar un número de identificación personal (PIN). Deberá ingresar el número de tarjeta de CCAA de 16 dígitos y la fecha de nacimiento del titular de la tarjeta para establecer el PIN.

Nota: Los titulares de tarjetas secundarias no pueden ser propietarios, directores or directores de asistencia del proveedor de cuidado de niños.

Entiendo que serán contados como ausencias los días en cuales no pase mi tarjeta para registrar la asistencia de cada niño. Los procedimientos de terminación se iniciaran para cualquier niño que supere las ausencias de 40. La terminación debida a ausencias excesivas resultará en un período de espera obligatorio de 60 días.

- Por favor, manténgalo en sus archivos -

A proud partner of the  network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE NIÑOS

La solicitud DEBE llenarse completamente o retrasara el proceso de elegibilidad.

TWIST #:

Información del Padre o Tutor					
1. Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)			Seguridad social (opcional)		Fecha de nacimiento
Dirección Física		Ciudad	Código postal		Condado
Dirección de Envío <input type="checkbox"/> Igual		Ciudad	Código postal		Sexo: M F
# Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> N/A		# Teléfono móvil <input type="checkbox"/> N/A	# Contacto Secundario c / Nombre y Relación: <input type="checkbox"/> N/A		
¿Es usted un Veterano o Esposo/Esposa de un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> N/A			Grado más alto completado
		Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano			
Hijo o Hija Adoptivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Etnicidad Hispana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estado Civil: () Casado () Soltero () Divorciado () Separado () Viudo				Tamaño de la familia	
Información del Empleador					
<input type="checkbox"/> N/A Empleador # 1			<input type="checkbox"/> N/A Empleador # 2		
Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia			Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia		
Dirección del Trabajo (Dirección completa)			Dirección de Trabajo		
Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo			Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo		
Su Puesto de Trabajo			Su Puesto de Trabajo		
Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)			Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)		
Fecha de Contratación:	Pago Por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	Fecha de Contratación:	Pago Por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal
Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual
Información de la escuela / entrenamiento inscrito					
Nombre de la Escuela o Institución de Formación					
Licenciatura:		Semestre de crédito / Horas de crédito:		Fecha de inicio:	
Horario escolar:					
Firma del Solicitante:			Fecha:		

A proud partner of the **American Job Center** network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE NIÑOS

La solicitud DEBE llenarse completamente o demorará el proceso de elegibilidad.

TWIST #: _____

Segundo Padre en el Hogar

<input type="checkbox"/> N/A Marque N / A Si el Segundo Padre NO es Parte de la Familia			
2. Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)		Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento
# Teléfono Móvil <input type="checkbox"/> N/A	# Contacto Secundario c / Nombre y Relación <input type="checkbox"/> N/A	Etnicidad Hispana <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo: M F
¿Es usted un Veterano o Esposo/Esposa de un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		Hijo o Hija Adoptivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información del Empleador

<input type="checkbox"/> N/A Empleador #1		<input type="checkbox"/> N/A Empleador #2	
Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia		Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia	
Dirección del Trabajo (Dirección completa)		Dirección del Trabajo (Dirección completa)	
Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo		Nombre del Supervisor y Número de Teléfono del Trabajo	
Su Puesto de Trabajo		Su Puesto de Trabajo	
Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)		Horario de Trabajo (por ejemplo, Lunes a Viernes de 8 am a 5 p.m.)	
Fecha de Contratación:	Pago por Hora \$ _____	Número de Horas Programado: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	Fecha de Contratación: \$ _____
Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno		Otros ingresos <input type="checkbox"/> Ninguno	
Propinas: \$ _____ Bono: \$ _____ Comp. Del Trabajador \$ _____ Comisión \$ _____		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	
		Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual	

Información de la Escuela / Entrenamiento Inscrito

Nombre de la Escuela o Institución de Formación		
Licenciatura:	Semestre de crédito / Horas de crédito:	Fecha de Inicio:
Horario Escolar:		

Firma del Solicitante:	Fecha:
-------------------------------	---------------



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).

Ingresos Adicionales

Indique cualquier otra fuente de ingresos o asistencia que reciba su familia y las cantidades. Beneficios de Jubilación, Ganancias de Capital gravables, Dividendos e Intereses, Ingresos por Alquileres, Ingresos de Patrimonio y Fondos Fiduciarios, Indemnización por Accidentes de Trabajo, Beneficios por Fallecimiento y Pagos por Incapacidad (incluidos los pagos del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), Ganancias de la Lotería o Mantenimiento o Pensión Conyugal.

Nota: Deberá proporcionar la documentación de CCS para todos los ingresos y / o beneficios recibidos en esta lista.

Origen de ingreso	Quien recibe los ingresos	Cantidad	Con que frecuencia recibido

Lista de Todos los Niños en el Hogar

Nombres(s)	Relación	Fecha de Nacimiento	Genero	Raza	Etnicidad Hispano	Número de Seguro Social (opcional)	Se requiere cuidado de niños?	Niño con necesidades especiales?	Recibiendo beneficios de SSI?	La escuela primaria
1.		/ /	M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
2.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
3.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
4.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
5.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	
6.			M F		Si No		Si No	Si No	Si No	

Información del Proveedor

Nombre de Guardería: _____	Licencia DC #: _____	Número de teléfono: _____
----------------------------	----------------------	---------------------------

Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa o no revelo un hecho material para aparecer como elegible para los servicios de cuidado de niños, es posible que tenga que reembolsar al programa de cuidado de niños los servicios recibidos de manera fraudulenta, y se pueden presentar cargos criminales en mi contra con las autoridades locales y ministerio publico.

Al firmar este formulario, entiendo que: (1) Una persona que obtiene o intenta obtener, por medios fraudulentos, los servicios a los que la persona no tiene derecho pueden ser procesados conforme a las leyes estatales y federales aplicables; (2) Solicito servicios de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande (a.k.a. Workforce Solutions) y toda la información en esta solicitud representa una declaración completa y precisa de mis horas de trabajo, educación o entrenamiento; ingresos del hogar; y el tamaño de la familia en el momento de la presentación; (3) Doy permiso a Workforce Solutions o su contratista de cuidado de niños para que se comuniquen con un tercero para verificar el ingreso o el tamaño de la familia, y usar los números de seguro social para la identificación del Seguro Social y los ingresos; y (4) Entiendo que los números de seguro social (SSN) son voluntarios y no son un requisito para recibir servicios de cuidado de niños.

La Siguiente Pregunta Tiene Que Ser Contestada ¿Los Bienes Totales De Familia Superan 1 Millón? Si No

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Uso exclusivo de la oficina: Residencia permanente, fija o adecuada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio del período de elegibilidad _____ Fecha de finalización del período de elegibilidad _____ Tamaño de Familia: _____ 85% SMI: _____ Ingresos Totales de HH: _____ Firma del Representante de CCS: _____ Fecha: _____
--	---

SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DERECHOS DE LOS PADRES

TWIST #: _____

Tiene derecho a:

- Ser informado de todas las opciones de cuidado de niños disponibles para usted y elegir el tipo de proveedor de cuidado de niños (centro con licencia, hogar con licencia, hogar registrado, cuidado familiar) que mejor se adapte a sus necesidades
- Visite a los proveedores de cuidado de niños disponibles antes de elegir
- Recibir ayuda para elegir el cuidado de niños, incluida la información sobre las políticas de los Servicios de cuidado de niños con respecto a la transferencia de niños de un proveedor a otro
- Ser informado de que los proveedores no les cobrarán a los padres la diferencia entre el reembolso de los Servicios de Cuidado De Niños y la tarifa publicada del proveedor
- Estar representado cuando solicite servicios de cuidado de niños
- Ser notificado de su elegibilidad para recibir servicios de cuidado de niños dentro de los veinte (20) días calendario a partir del día en que los Servicios de cuidado de niños reciban toda la documentación necesaria para determinar inicialmente o volver a determinar la elegibilidad para el cuidado de niños
- Recibir servicios de cuidado de niños independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión
- Presentar una queja por escrito de supuestos actos discriminatorios en un plazo de 180 días a partir de la fecha del presunto acto discriminatorio
- Hacer que los Servicios de cuidado de niños traten la información utilizada para determinar la elegibilidad para los servicios de cuidado de niños como confidencial
- Recibir una notificación por escrito al menos quince (15) días calendario antes de la terminación de los servicios de cuidado de niños
- Rechazar una oferta de servicios de cuidado de niños o retirar voluntariamente (declaración por escrito) de su hijo del cuidado de niños, a menos que esté en servicios de protección
- Ser informado de las posibles consecuencias de rechazar o finalizar el cuidado de niños que se ofrece
- Ser informado de la documentación de elegibilidad y los requisitos de informes (consulte Requisitos Para Informes de Padres)
- Ser informado de los derechos de apelación, incluso cuando usted tiene el derecho de continuar la atención durante la apelación y la posibilidad de reembolso si la apelación se presenta en su contra. Nota: El cuidado de los niños no se ofrecerá durante el proceso de apelación, si se termina el cuidado por ausencia excesiva inexplicable o falta de pago de la parte de los padres
- Ser informado de nuestra póliza de transferencia entre proveedores
- Ser informado de los antecedentes requeridos y la verificaciones de antecedentes penales para los proveedores familiares/parientes a través del proceso de listado con la Licencia De Cuidado Infantil de Texas (CCL) antes de que el padre o tutor seleccione al proveedor familiar/pariente
- Recibir una notificación por escrito de la posible terminación de los servicios de cuidado de niños por ausencias inexplicables excesivas
- Recibir una notificación por escrito de la posible terminación de los servicios de cuidado de niños por no pagar la parte del costo de los padres
- Ser informado de que tiene derecho a informar el costo de los gastos médicos continuos para un niño con discapacidades que puede deducirse del ingreso familiar. Nota: Se requieren recibos de pago por el costo de los gastos médicos continuos.

Al seleccionar un proveedor de cuidado de niños e ingresar a los servicios de cuidado de niños, reconozco que he leído y entiendo la información anterior sobre los derechos de los padres.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____



SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS REQUISITOS DE REPORTE DE LOS PADRES

TWIST #: _____

Lea la información en este formulario cuidadosamente antes de firmar y fechar. Comuníquese con su trabajador de cuidado de niños de inmediato si tiene alguna pregunta sobre la información o los requisitos de este formulario. **Comprenda que los servicios de cuidado de niños pueden finalizar en cualquier momento si no es elegible.**

Requisitos de Reporte

Una vez que los Servicios de cuidado de niños hayan comenzado, debe informar cualquiera de los siguientes cambios dentro de los 14 días calendario.

- Pérdida permanente de empleo, entrenamiento o educación
- Cambio de dirección, correo electrónico o número de teléfono
- Cambio de proveedor de cuidado de niños
- Cualquier cambio en el tamaño de la familia o el ingreso sobre el cantidad en el cuadro para el tamaño de su familia

Ingreso Máximo Elegible Para Servicios de Cuidado De Niños				
1 de Octubre de 2019 - 30 de Septiembre de 2020				
Tamaño de familia	Semanal	Quincenal	Bimensual	Mensual
2	\$ 872	\$1,742	\$1,888	\$ 3,775
3	\$1,077	\$2,152	\$2,332	\$ 4,663
4	\$1,282	\$2,562	\$2,776	\$ 5,552
5	\$1,487	\$2,972	\$3,220	\$ 6,440
6	\$1,692	\$3,382	\$3,664	\$ 7,328

No informar los cambios anteriores puede ser motivo de sospecha de fraude y causa para que los Servicios de Cuidado De Niños realicen una investigación de fraude o para que la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas inicie una investigación de fraude.

Además, puede reportar un:

- Reducción de ingresos / horas o aumento del tamaño de la familia que podría resultar en una disminución de la participación de los padres en el costo y / o
- Cambio temporal en el empleo que podría resultar en una disminución del costo compartido de los padres.

Los Servicios de cuidado de niños pueden verse afectados si no paga a su padre el costo compartido:

- La falta de pago oportuno podría afectar sus opciones de atención.
- Puede solicitar una participación temporal de los padres en la reducción de costos por circunstancias atenuantes.

Si tiene alguna pregunta, preocupación, desea solicitar una transferencia o reportar un cambio, comuníquese con su especialista en CCS o visite nuestro sitio web en wfsolutions.org. Seleccione Contactar con el Departamento de Cuidado de Niños.

Firma de Padre: _____

Fecha: _____





SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS ACUERDO DE LOS PADRES PARA INFORMAR ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

TWIST #: _____

Como requisito para que mi hijo reciba servicios de cuidado de niños, entiendo y acepto lo siguiente:

Entiendo y acepto los siguientes estándares de asistencia:

- Me aseguraré de que mi hijo asista regularmente al cuidado de niños. Mi hijo debe cumplir con los estándares de asistencia mensual para los Servicios de Cuidado de Niños, que consisten en menos de:
 - Cinco (5) ausencias consecutivas durante el mes y / o diez (10) ausencias totales durante el mes
- Entiendo que el incumplimiento de los estándares de asistencia mensual puede:
 - Resultar en la suspensión de la atención, a mi elección;
 - Resultar de que se haya producido un cambio en mi horario de trabajo / entrenamiento y que se haya terminado la atención.
- Entiendo que si no registro las asistencias se contarán como ausencias.
- Entiendo que si mi hijo supera las cuarenta (40) ausencias totales durante su período de elegibilidad actual de 12 meses, CCS puede iniciar el proceso de terminación. Además, mi hijo debe esperar (60) días calendario a partir de la fecha de finalización antes de ser colocado en la lista de espera o volver a solicitar los servicios.

Entiendo y acepto los siguientes requisitos de informes de asistencia:

- Usaré la tarjeta de asistencia para reportar asistencia y ausencias.
- Informaré a mi proveedor cualquier problema con el uso de la tarjeta.
- Entiendo que una falla en reportar problemas puede resultar en ausencias.
- Entiendo que ninguna persona menor de 16 años puede ser designada como titular de una tarjeta a menos que sea el padre del niño.
- Entiendo que un propietario, asistente de director o director de mi centro de cuidado de niños no puede ser titular de una tarjeta secundaria.
- Entiendo que un titular de tarjeta secundario no puede hacer un mal uso de la tarjeta de asistencia, y debo entender y cumplir con las responsabilidades del uso de la tarjeta de asistencia.
- No compartiré mi número de identificación personal (PIN) o tarjeta de asistencia con otra persona, incluido el proveedor de cuidado de niños.
- Entiendo que si no se cumple con la política establecida por el proveedor con respecto a la asistencia, el proveedor puede finalizar la inscripción del niño en el centro.
- Entiendo que las ausencias debidas a una enfermedad crónica documentada de un niño, una discapacidad o una visita ordenada por el tribunal no se cuentan en el número de ausencias permitidas con la documentación adecuada proporcionada.

Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa o no revelo un hecho material para aparecer como elegible para los Servicios de Cuidado de Niños, es posible que deba reembolsar al programa de cuidado de niños los servicios recibidos de manera fraudulenta y que se puedan presentar cargos criminales en mi contra ante el fiscalía. Al firmar este formulario, entiendo que: (1) una persona que obtiene o intenta obtener, por medios fraudulentos, los servicios a los cuales la persona no tiene derecho pueden ser procesados según las leyes estatales y federales aplicables, (2) Estoy solicitando los servicios de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande y toda la información en esta solicitud representa una declaración completa y precisa de mis horas de trabajo, educación o entrenamiento; ingresos del hogar; y tamaño de la familia en el momento de la presentación.

A proud partner of the  network
LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



**SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS
AUTOMATIZACIÓN DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS (CCAA)
FORMULARIO DE SOLICITUD DE TITULAR
DE TARJETA PRIMARIA Y SECUNDARIA**

Como titular principal de la tarjeta, puede solicitar hasta 3 titulares secundarios de la tarjeta. Complete este formulario y envíelo por fax a su especialista en cuidado de niños de inmediato si tiene un cambio en el titular secundario de la tarjeta o si la tarjeta se extravía o se la roban. No se solicitarán ni se volverán a emitir tarjetas adicionales si la información a continuación está incompleta y falta la firma. Los titulares de tarjetas primarios y secundarios deben mantener sus tarjetas CCAA y PIN en su poder. Compartir o dejar la tarjeta de CCAA y el PIN con cualquier otra persona, incluido el proveedor de cuidado de niños, es una violación de los Requisitos de CCAA y, como cliente de CCS, usted y su proveedor pueden estar sujetos a la búsqueda de hechos por presunto fraude.

Nombre del Titular de Tarjeta Principal: _____ # Teléfono: _____

TWIST #: _____ ¿Tienes Su Tarjeta CCAA?? Si No

Por favor complete la siguiente sección para titulares actuales y nuevos de tarjetas secundarias.

*Nota: Si corresponde, haga una lista de **TODOS** los titulares de tarjetas secundarios e indique si ya tienen una tarjeta o si necesitan una tarjeta de reemplazo.*

Tenga en cuenta que si no enumera a sus titulares de tarjetas secundarios a continuación, sus tarjetas se desactivarán.

Por favor, asegúrese de que este formulario esté completamente lleno.

Titular de Tarjeta Secundario #1:	<input type="checkbox"/> Tiene Tarjeta	<input type="checkbox"/> Necesita Tarjeta
Nombre: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento: _____	Relación con Usted: _____	

Titular de Tarjeta Secundario #2:	<input type="checkbox"/> Tiene Tarjeta	<input type="checkbox"/> Necesita Tarjeta
Nombre: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento: _____	Relación con Usted: _____	

Titular de Tarjeta Secundario #3:	<input type="checkbox"/> Tiene Tarjeta	<input type="checkbox"/> Necesita Tarjeta
Nombre: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento: _____	Relación con Usted: _____	

Firma del Titular de la Tarjeta Principal: _____ Fecha: _____





**LOWER RIO GRANDE VALLEY WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD
FORMULARIO PARA LA ORIENTACIÓN A LOS PROCEDIMIENTOS DE QUEJA
DE DISCRIMINACIÓN
(29 CFR Part 38)**

Este Formulario para la Orientación a los Procedimientos de Queja de Discriminación explica los procedimientos de queja de discriminación para los programas y los servicios mencionados administrados en el Local Workforce Development Area por el Workforce Development Board y sus contratistas:

**Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA)
Temporary Assistance for Needy Families (TANF) / CHOICES
Supplemental Nutrition Assistance Program Employment & Training (SNAP E&T)
Child Care Services (CC)
Trade Adjustment Assistance (TAA) and Trade Readjustment Allowances (TRA)**

RECIPIENTE DEL APOYO FINANCIERO FEDERAL ES:

**LRGV Workforce Development Board
3101 West Business 83
McAllen, TX 78501**

**Oficial de Igualdad de Oportunidades (EO): Luis Bodden
Número telefónico: (956) 928-5000
Relay Texas: 1-800-735-2989/ TTY 1-800-735-2988 (Voz)**

El LRGV Workforce Development Board (el Board) resolverá quejas de la igualdad de oportunidades de una manera justa y expedita. Se prohíben los actos de internamiento, de interferencia, de la coerción, de la discriminación, o de la represalia hacia los denunciantes que ejercitan sus derechos de presentar una queja conforme a este procedimiento. Este procedimiento se aplica a todos los aspirantes y participantes que tengan causa para presentar una queja de la discriminación relacionada con las actividades o los programas administrados por el Board. Si tiene una queja de la igualdad de oportunidades referente a cualquiera de estos programas, puede presentar su queja oficial por escrito al Oficial de EO del Board o del contratista, como sea apropiado.

Después de que se haya recibido su queja de la igualdad de oportunidades, el oficial del EO le notificará del paso siguiente en el proceso de la queja. Mientras desea perseguir su queja, el Board o el contratista seguirá los pasos descritos abajo. Debe estudiar el procedimiento de queja de la discriminación cuidadosamente, y si se siente que los pasos requeridos no se están siguiendo, póngase en contacto con el oficial del EO. Recuerde que si se siente que no le están proporcionando bastante ayuda en cualquier etapa del proceso de la queja, usted debe ponerse en contacto con:

**Texas Workforce Commission (TWC)
Equal Opportunity Monitoring
101 E. 15th St., Room 242-T
Austin, TX 78778-0001**

**Números telefónicos:
512-463-2400
Relay Texas: 1-800-735-2989
TTY 1-800-735-2988 (Voz)**

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La ley prohíbe que este beneficiario de asistencia financiera federal discrimine por los siguientes motivos: contra cualquier individuo en los Estados Unidos por su raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazo, el parto y las condiciones médicas relacionadas, y los estereotipos sexuales, el estatus transgénero y la identidad de género), origen nacional (incluyendo el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad, afiliación o creencia política, o contra cualquier beneficiario, solicitante de trabajo o participante en programas de capacitación que reciben apoyo financiero bajo el Título I de la ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés), debido a su ciudadanía, o por su participación en un programa o actividad que recibe asistencia financiera bajo el Título I de WIOA. El beneficiario no deberá discriminar en los siguientes áreas: decidiendo quién será permitido de participar, o tendrá acceso a cualquier programa o actividad que recibe apoyo financiero bajo el Título I de WIOA; proporcionando oportunidades en, o tratar a cualquier persona con respecto a un programa o actividad semejante; o tomar decisiones de empleo en la administración de, o en conexión a un programa o actividad semejante. Los beneficiarios de asistencia financiera federal deben tomar medidas razonables para garantizar que las comunicaciones con las personas con discapacidades sean tan efectivas como las comunicaciones con los demás. Esto significa que, a petición y sin costo alguno para el individuo, los recipientes están obligados a proporcionar ayuda auxiliar y servicios para individuos con discapacidades calificadas.

Qué hacer si usted cree haber sido discriminado/a: Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiado a tenor del Título I de la WIA, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el Director, Civil Rights Center (CRC), U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, D.C. 20210. Si usted presenta una queja con el recipiente, usted debe esperar hasta que el recipiente emita una decisión final escrita o que pasen por lo menos 90 días (lo que ocurra primero), antes de presentar una queja con el Centro de Derechos Civiles (CRC, por sus siglas en inglés) a la dirección mencionada previamente. Si el beneficiario no le entrega una decisión final escrita dentro de 90 días después de la fecha en que presentó su queja, usted puede presentar su queja con el CRC antes que reciba la decisión final. Sin embargo, es necesario presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después de la fecha límite de 90 días (en otras palabras, dentro de 120 días después de la fecha en que presentó la queja con el recipiente). Si el recipiente emite una decisión final escrita, pero usted no está satisfecho con el resultado o resolución, usted puede presentar una queja con el CRC. Usted debe presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después que reciba la decisión final escrita.

INSTRUCCIONES DETALLADAS PARA CLASIFICAR UNA QUEJA

WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT (WIOA) / TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE (TAA) y TRADE READJUSTMENT ALLOWANCES (TRA):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero a tenor del Título I de la WIOA o TAA/TRA, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el Director, Civil Rights Center (CRC), U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, DC 20210. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal o su contratista, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al CRC. Si el destinatario de asistencia federal no le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito dentro de los 90 días de la fecha de presentación de su queja, usted puede presentar una queja con el CRC. La queja CRC debe presentarse dentro de los 30 días del vencimiento del plazo de 90 días, es decir, dentro de 120 días a partir de la fecha en que presentó su queja con el destinatario. Si éste le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito con respecto a su queja y usted sigue inconforme con la decisión o resolución, puede presentar una queja con el CRC. Hay que presentarla con el CRC dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha en que recibió el Aviso de Acción Definitiva.

TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) / CHOICES and/or CHILD CARE SERVICES (CC):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad a tenor TANF/Choices y/o Child Care Services (CC) que recibe asistencia financiera federal, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con la Office for Civil Rights, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202, (800) 368-1019. Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad a tenor de la CC que recibe asistencia financiera federal de USDA, puede proponerse en contacto con el U.S. Department of Agriculture (USDA), Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al U.S. Dept. of Health and Human Services.

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM EMPLOYMENT AND TRAINING (SNAP E&T):

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero a tenor del programa SNAP E&T, puede presentar una queja, dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, con el Oficial de Igualdad de Oportunidades del destinatario de asistencia federal (o la persona designada por el destinatario para ese efecto), o bien, con el U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al 202-260-1026. Si presenta su queja con el destinatario de asistencia federal o su contratista, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito, o hasta transcurridos 90 días (en el más temprano de las dos fechas) antes de presentar su queja al U.S. Dept. of Agriculture.

Favor de no firmar sin haber leído este aviso y haber comprendido su contenido.

Por mi firma abajo, reconozco esta orientación al procedimiento de queja de la discriminación y la declaración con respecto a que la igualdad de oportunidades es la ley. Afirmo que he leído el *Formulario para la Orientación a los Procedimientos de Queja de Discriminación* y que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido. Entiendo que el formulario One-Stop no es solicitud para trabajo; se utiliza para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de programa y para cumplir con requisitos federales de información. Entiendo también que la falta de proporcionar la información pedida puede evitar que reciba servicios.

Firma del solicitante

Nombre en letra de molde

Fecha



La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Bajo Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador con igualdad de oportunidad de empleo/programas Ayudas auxiliares y servicios están disponibles a petición para individuos con incapacidades Relay Texas: 1-800-735-2989 (TTY); 1-800-735-2988 (Voz); 1-800-622-4954 (Español)



**SERVICIOS DE CUIDADO DE MENORES
TESTIMONIO PERSONAL DE ASISTENCIA A LA ESCUELA**

Para Padres: Favor de completar esta forma y regresarla a Servicios de Cuidado de Menores.

Favor de no enviar a la escuela del menor o al programa Head Start

Para Padres/Tutores Legales: Favor de completar la siguiente información para niños que requieren servicios de cuidado de menores y que iniciaran Pre-K, Kindergarten o Head Start este año.

Nombre del Caso/Nombre del padre:	TWIST ID:
Dirección:	

#1) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____

Dirección de la Escuela/Teléfono: _____

Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-p): _____

#2) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del a Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____

Dirección de la Escuela/Teléfono: _____

Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-p): _____

#3) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del a Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____

Dirección de la Escuela/Teléfono: _____

Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-5p): _____

Yo entiendo que: (1) una persona que obtiene o intenta obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales la persona no tiene derecho puede ser llevado a juicio bajo las leyes estatales y federales; (2) los servicios serán proporcionados sin importar sexo, raza, credo, color, origen nacional, o discapacidad;

Firma de Padre/Madre _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Padre/Madre: _____



La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑO VERIFICACIÓN DE AUTOEMPLEO

Nombre: _____ TWIST ID: _____

Negocio: _____ # Teléfono: _____

Tipo de Negocio: _____

Para verificar su negocio, proporcione una de las siguientes:

- Títulos de propiedad, escrituras, registros de impuestos o contratos de alquiler actuales para el lugar de negocios
- Estado de cuenta bancario reciente
- Facturas de teléfono, servicios públicos o seguros comerciales recientes
- Declaración de impuestos de ventas del estado reciente
- Registros comerciales recientes que proporcionan pruebas de ingresos y gastos, como
 - copias de giros postales
 - cheques recibidos
 - listas de personas / clientes atendidos (si corresponde)
- Registros de salarios personales con verificación firmada por terceros
- Registro o licencia comercial actual (es decir, licencia DBA o licencia profesional)

Para verificar el ingreso bruto de su negocio, proporcione uno de los siguientes:

- El formulario 1040 del IRS más reciente con las declaraciones de impuestos federales de ingresos de los Anexos C, F o SE
- Transcripción de impuestos del IRS más reciente
- El estado de pérdidas y ganancias más reciente
- Últimos tres meses de estados de cuenta bancarios de negocios
- Los últimos 3 meses de facturas o listas de clientes atendidos con fechas e identificando información (como direcciones)
- Recibos personales de actividad de negocios e ingresos
- Registros personales de pago con verificación firmada por un tercero

A. Ingreso bruto

Ingresos brutos o recibos durante el período de determinación de 3 meses:

# Semana	Fecha de fin de semana	Ingreso bruto para semana	# Semana	Fecha de fin de semana	Ingreso bruto para semana
1			8		
2			9		
3			10		
4			11		
5			12		
6			13		
7					

A proud partner of the American Job Center network

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS VERIFICACIÓN DE AUTOEMPLEO

B. Gastos

Tiene la opción de detallar los gastos o no detallar los gastos y utilizar el ingreso bruto. Si elige detallar sus gastos, proporcione recibos de los gastos de operación, tales como alquiler, servicios públicos, gas, alquiler de puesto, nómina, etc.

Por favor, seleccione uno: Gastos Detallados Deducción estándar (30% del ingreso bruto)

Si detalla los gastos, complete lo siguiente para el período de determinación de 3 meses:

Alquilar	\$	Otro (especificar)	
Teléfono	\$		\$
Servicios Públicos	\$		\$
Útiles de Trabajo	\$		\$

** Los recibos proporcionados deben estar relacionados con los gastos comerciales.*

Gastos totales o deducción estándar (B): \$ _____

Reste los gastos (B) de los ingresos brutos (A) para la ganancia neta (ingresos incluidos): \$ _____

Yo, _____, certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y precisa, y entienda que la información anterior, si está malinterpretado o incompleta, puede ser motivo de terminación inmediata o sanciones según lo especificado por la ley.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma Especialista CCS

Fecha

Uso Exclusivo de la Oficina:



LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).



Escuela o Entrenamiento
Formulario de Verificación de Horarios
(Para ser completado por la escuela o la institución de formación)

Nombre del Caso: _____

TWIST #: _____

Nombre del Estudiante: _____

Teléfono: _____

Nota para la escuela o la institución de entrenamiento: Su estudiante está solicitando o está recibiendo asistencia de cuidado de niños de Workforce Solutions - Servicios de cuidado de niños. Para determinar su elegibilidad, debemos recibir un resumen detallado del horario de clases / entrenamiento del estudiante y adjuntar un formulario de inscripción. Por favor complete la siguiente información:

Nombre de la escuela o institución de entrenamiento: _____

Dirección: _____

Fecha de inscripción del estudiante: _____ Fecha de finalización proyectada: _____

Por favor, indique el horario de clases del estudiante para cada día listado (por ejemplo: lunes de 9 am a 5 pm)

Lunes: _____

Viernes: _____

Martes: _____

Sábado: _____

Miércoles: _____

Domingo: _____

Jueves: _____

¿El individuo asiste a la escuela regularmente y está trabajando para completar con éxito? Si No
 Si no, por favor explique (el comentario es opcional):

FIRMA (Debe estar firmada por la ESCUELA o INSTITUCIÓN DE ENTRENAMIENTO)

Persona que completa este formulario (por favor escriba nombre)

Título y # teléfono

Firma

Fecha

