

Janet T. Mills
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services
Office of Child and Family Services
2 Anthony Ave 11 State House Station
Augusta, Maine 04333-0011
Tel.: (207) 624-7999; Toll Free: (877) 680-5866
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

Inscrição no Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis

O Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis (CCAP, Child Care Affordability) pagará os provedores de cuidados infantis pelos serviços prestados entre a data inicial e final da carta de aprovação. Pais e/ou mães serão responsáveis por quaisquer serviços de cuidados infantis prestados antes da emissão da carta de aprovação.

Para se inscrever no programa:

- Escreva de maneira clara e legível, com tinta preta
- Envie o formulário de inscrição preenchido e assinado. Todas as perguntas precisam ser respondidas
- Envie uma cópia de toda a documentação necessária (ver abaixo)
- Os formulários de inscrição incompletos sofrerão um atraso no processamento
- Em caso de dúvidas sobre o programa e/ou a inscrição, escreva para ccap.dhhs@maine.gov ou ligue para 624-7999
- Para obter informações sobre exames de triagem de desenvolvimento, acesse <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>

Documentação necessária:

Para todos os adultos da família responsáveis pelas crianças (inclua cônjuge, companheiro/a etc.)

Comprovante de cidadania das crianças: certidão de nascimento (cópia emitida pelo estado), passaporte, documentos de imigração ou naturalização *Cartões do Seguro Social não são aceitos como prova de cidadania.

Comprovante de residência de quem está enviando a solicitação: carteira de motorista com endereço físico, contrato de aluguel, extrato de hipoteca, registro de carro, licença de caça/pesca, contas de serviços públicos (eletricidade, água, gás) com data de até 1 (um) ano antes da data de inscrição)

*Contas de telefone e/ou internet não serão aceitas como comprovante de residência.

Horário escolar oficial do pai e/ou da mãe (se for o caso): Programas de pós-graduação ou doutorado não serão aceitos. Para cada estudante, forneça a programação oficial e atualizada das aulas, mostrando nome da instituição de ensino, nome do aluno, dias e horários das aulas, datas do semestre e horas de crédito, a carta de auxílio financeiro e fatura da escola. Anexe uma folha separada com todas as informações acima para cada adulto adicional que esteja participando de um programa de educação e/ou treinamento profissional.

Comprovante de renda

Contracheques (**4 semanas mais recentes**, com data de até 60 dias antes da data de inscrição) **OU** ficha de emprego (se receber gorjetas, comissões e/ou bônus, forneça cópia dos contracheques)

Trabalho autônomo: Cópia completa mais recente da declaração de imposto de renda do IRS **OU** declaração mensal de lucros e perdas mais recente

Documentação de custódia ou pensão alimentícia (se for o caso) Cópia completa do acordo/cronograma de custódia ordenado pelo tribunal e documentação de pensão alimentícia, ordem administrativa ou voluntária de pensão alimentícia emitida pela Divisão de Exigência e Recuperação de Pensões (Division of Support Enforcement and Recovery), documentação voluntária indicando o cronograma de custódia e pensão alimentícia

Ficha do provedor: preenchida pelo provedor de cuidados infantis

Família com dois genitores responsáveis, sendo que um tem deficiência (se for o caso): Carta de deficiência documentada emitida pela Administração do Seguro Social e atestado médico indicando a deficiência que impede a pessoa de cuidar das crianças

Lista da renda integral não auferida (se for o caso): carta de benefícios do Seguro Social, carta de benefícios da Renda Suplementar da Previdência (SSI) pagos para as crianças, benefícios da Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) pagos somente para as crianças, declaração de pensão, aposentadoria e/ou alimentação, pensão alimentícia paga para as crianças, auxílio financeiro, benefícios militares, etc.

Documentação de necessidades especiais: determinação por profissionais qualificados (se for o caso)



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DO ESTADO DO MAINE

Escritório de Serviços Infantis e Familiares

Inscrição no Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis

Página 1

SEÇÃO 1: Informações sobre solicitantes			
1. Nome do solicitante principal (adulto solicitante):		Data de nascimento:	
E-mail:		Quatro últimos dígitos do seguro social:	
Telefone residencial:		Telefone celular:	
Sexo:	Idioma principal:		Raça:
Origem hispânica ou latina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Precisa de intérprete? <input type="checkbox"/>	
Tem a guarda legal concedida pelo tribunal? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe o comprovante de guarda legal) <input type="checkbox"/> Não			
2. Endereço físico: *É necessário ter um comprovante de residência do solicitante principal			
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	Condado:
3. Endereço para correspondência: (se diferente do indicado acima)			
Endereço para correspondência/caixa postal:			
Cidade:	Estado:	Cód. Postal:	Condado:

SEÇÃO 2: INCLUA TODOS os membros adicionais da família (filhos e filhas, cônjuge, companheiro/a, etc.)			
4. Nome:		Data de nascimento:	
Tem cidadania americana ou é estrangeiro qualificado (qualified alien)? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação das crianças que precisam de cuidados infantis) <input type="checkbox"/> Não		Quatro últimos dígitos do seguro social:	
Sexo:	Idioma principal:		Raça:
Origem hispânica ou latina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Parentesco com solicitante:	
5. Nome:		Data de nascimento:	
Tem cidadania americana ou é estrangeiro qualificado (qualified alien)? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação das crianças que precisam de cuidados infantis) <input type="checkbox"/> Não		Quatro últimos dígitos do seguro social:	
Sexo:	Idioma principal:		Raça:
Origem hispânica ou latina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Parentesco com solicitante:	
6. Nome:		Data de nascimento:	
Tem cidadania americana ou é estrangeiro qualificado (qualified alien)? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação das crianças que precisam de cuidados infantis) <input type="checkbox"/> Não		Quatro últimos dígitos do seguro social:	
Sexo:	Idioma principal:		Raça:
Origem hispânica ou latina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Parentesco com solicitante:	
7. Nome:		Data de nascimento:	
Tem cidadania americana ou é estrangeiro qualificado (qualified alien)? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação das crianças que precisam de cuidados infantis) <input type="checkbox"/> Não		Quatro últimos dígitos do seguro social:	
Sexo:	Idioma principal:		Raça:
Origem hispânica ou latina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Parentesco com solicitante:	

SEÇÃO 3: Perguntas	
8.	Todos os <u>adultos</u> da família estão trabalhando ou frequentando um programa de educação e/ou treinamento profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se respondeu "não" na pergunta 8: Quem na família não está trabalhando e nem frequentando um programa de educação e/ou treinamento profissional?	
9.	É uma família com dois genitores responsáveis, sendo que um adulto trabalha ou frequenta um programa de educação e/ou treinamento profissional e o outro tem uma deficiência documentada pela SSA e um atestado médico indicando que a deficiência impede a pessoa de cuidar das crianças? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação) <input type="checkbox"/> Não
10.	Uma criança foi colocada sob a tutela legal de um indivíduo que atingiu a idade de aposentadoria, conforme definido pelo Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11.	Você tem ativos iguais ou superiores a US\$ 1.000.000? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12.	Você está atualmente sem moradia estável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.	Você recebe auxílio moradia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.	Você recebeu Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) nos últimos doze (12) meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.	Você é funcionário de uma creche licenciada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16.	Você está recebendo assistência atualmente para cuidados infantis pelo programa HOPE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17.	Você recebe auxílio para adoção? <input type="checkbox"/> Sim *por favor, forneça a documentação <input type="checkbox"/> Não
18.	Marque o que se aplica a você atualmente: <input type="checkbox"/> Faz parte da Unidade da Guarda Nacional dos EUA <input type="checkbox"/> Faz parte da Unidade da Reserva Militar dos EUA <input type="checkbox"/> Em serviço ativo no exército dos EUA
19.	Você tem uma afiliação tribal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20.	Presta educação domiciliar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SEÇÃO 4: Crianças com necessidades especiais	
21.	Uma das crianças que precisam de cuidados infantis tem necessidades especiais? <input type="checkbox"/> Sim (se respondeu "sim", anexe a documentação) <input type="checkbox"/> Não
Uma "criança com necessidades especiais" se refere a uma criança: (a) de até 13 (treze) anos de idade que, por determinação de um profissional qualificado, apresenta uma deficiência conforme definido na seção 602 da Lei Educacional para Indivíduos com Deficiência (20 U.S.C. 1401); qualificada a receber serviços de intervenção precoce, de acordo com a parte C da Lei Educacional para Indivíduos com Deficiência (20 U.S.C. 1431 e seguintes); qualificada a receber serviços de acordo com a seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973 (29 U.S.C. 794); que atende à definição de deficiência segundo a Lei dos Americanos com Necessidades Especiais (ADA) (P.L. 110-325); considerada em risco por problemas de saúde e/ou desenvolvimento que são resultado de fatores de risco ambientais identificados, inclusive falta de moradia, abuso e/ou negligência, envenenamento por chumbo e exposição pré-natal a drogas ou álcool, e/ou (b) entre 13 (treze) e 18 (dezoito) anos que seja física ou mentalmente incapaz de cuidar de si mesma ou esteja sob supervisão judicial. Além disso, você receberá uma solicitação de divulgação de informações para ser entregue para o reembolso do provedor.	

SEÇÃO 5: Informações sobre genitores ausentes <input type="checkbox"/> Não se aplica a famílias com dois genitores	
A ser preenchido sobre uma família monoparental	
22.	Você tem direitos/responsabilidades parentais compartilhados para o pagamento de cuidados infantis? <input type="checkbox"/> Sim *forneça uma cópia da ordem judicial ou do acordo com firma reconhecida <input type="checkbox"/> Não
23.	Você tem uma guarda compartilhada/conjunta sob ordem do tribunal? <input type="checkbox"/> Sim *forneça uma cópia da ordem judicial ou da agenda de visitação com firma reconhecida <input type="checkbox"/> Não
24.	Você tem ordem judicial ou está recebendo pensão alimentícia voluntariamente? <input type="checkbox"/> Sim * Forneça uma cópia completa da ordem judicial. Em caso de pagamentos voluntários, indique quanto recebe semanalmente US\$ _____/por semana <input type="checkbox"/> Não recebo ajuda financeira do outro genitor
25.	Você paga pensão alimentícia para os filhos ou as filhas? <input type="checkbox"/> Sim *forneça a documentação <input type="checkbox"/> Não

Janet T. Mills
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services
Office of Child and Family Services
2 Anthony Ave 11 State House Station
Augusta, Maine 04333-0011
Tel.: (207) 624-7999; Toll Free: (877) 680-5866
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

Assinatura obrigatória

Página 4

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações fornecidas são verdadeiras segundo o meu melhor conhecimento.

Entendo que estas informações serão fornecidas ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS) para uso na administração desse programa.

Autorizo a agência a verificar tais informações por quaisquer meios necessários.

Concordo em avisar o DHHS e o Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis (CCAP) dentro de 10 (dez) dias se ocorrer um dos seguintes casos:

1. Cessação do trabalho ou da participação em um programa educacional e/ou de treinamento profissional e/ou
2. Mudança de prestador de cuidados infantis e/ou
3. Se a renda familiar for superior a 85% (oitenta e cinco por cento) da renda média estadual (SMI) e/ou
4. Se a renda familiar for superior a 125% (cento e vinte e cinco por cento) da SMI

Estou ciente e concordo com as Regras do CCAP disponíveis em: www.maine.gov/dhhs/ocfs/support-for-families/child-care/paying-for-child-care

O Departamento pode levar até 15 dias para processar e analisar a inscrição.

Assinatura do solicitante principal (assinatura digitada não será aceita)

Data

Assinatura do preparador (se for o caso)

Data

Assine, coloque a data e devolva todas as páginas e a documentação por correio, e-mail ou fax:

E-mail: CCAP.DHHS@Maine.gov

Fax: (207) 287-6308

**Endereço para correspondência:
Office of Child and Family Services
Child Care Affordability Program
2 Anthony Avenue 11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011**



Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis (CCAP)
Ficha de informações do provedor de cuidados infantis

Peça para o provedor de cuidados infantis preencher este formulário
e **devolver para você** poder enviar a inscrição

Provedor de cuidados infantis responsável pelo preenchimento	
1.	Nome do pai / da mãe solicitante:
2.	Nome(s) das crianças:
3. Data prevista para a entrada da criança no programa (os cuidados não poderão ser cobrados antes de a inscrição ser aprovada e a criança começar a frequentar o local fisicamente):	
Informações do provedor	
1. Nome do estabelecimento:	2. Horário de funcionamento do provedor (ex.: 7h às 17h):
3. Horário de funcionamento antes e depois da escola (ex.: 7h às 8h e 15h às 17h):	
4. Nome da pessoa de contato:	5. Número de telefone:
6. Endereço:	
7. E-mail:	
8. Tipo de provedor: (selecione abaixo)	
<input type="checkbox"/> Número da licença / Número Faturamento do CCAP:	
<input type="checkbox"/> Provedor isento de licença *A documentação de antecedentes pode levar até 45 dias para ser processada*. *Documentação adicional será enviada para preenchimento*	
<ul style="list-style-type: none">• Precisa ter 18 anos de idade e não pode residir no mesmo endereço que as crianças; e• Só pode cuidar de, no máximo, 2 (duas) crianças• Precisa ser residente no Maine por 6 meses	
Marque uma opção:	
No domicílio dos <i>provedores</i> : <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Parente (indique o parentesco com a criança) _____	
No <i>domicílio</i> da criança: <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Parente (indique o parentesco com a criança) _____	
Programa para idade escolar/recreativo <input type="checkbox"/>	

Ao assinar abaixo, você reconhece que o **Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis não efetua pagamentos retroativos** e o pai e/ou a mãe da criança se responsabilizarão por todos os pagamentos até o recebimento da carta de aprovação. Se for novo no Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis, você receberá uma documentação adicional que precisa ser preenchida.

Nome do provedor (em letra de forma): _____ Idioma preferencial: _____

Assinatura do provedor: _____ Data: _____

***Assinatura digitada não será aceita**

Ficha do empregador

Peça para a supervisão ou equipe de recursos humanos preencher este formulário

Informações sobre emprego <input type="checkbox"/> Não se aplica		
1. Nome do empregador:		
2. Nome do funcionário:		
3. Salário por hora/remuneração:	4. Data de contratação:	5. Data da recontração:
6. O horário de trabalho inclui um intervalo de 30 minutos não remunerado?	7. Pagamento semanal, quinzenal ou mensal?	
8. O cargo recebe gorjetas, comissões, horas extras ou bônus? Em caso afirmativo, forneça os comprovantes de pagamento.		

Horário de trabalho do funcionário: (ex.: 8h às 17h)							
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Total de horas

Obs.: Se o horário variar, indique o horário de trabalho das últimas 4 (quatro) semanas* Se o funcionário não estiver empregado por 4 (quatro) semanas completas, faça uma estimativa do horário esperado para as semanas restantes

Datas de início/fim da semana (mm/dd/ano) - mm/dd/ano).	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Total de horas

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações acima são verdadeiras segundo o meu melhor conhecimento.

Nome: Recursos Humanos/Supervisão (em letra de forma): _____

Assinatura: Recursos Humanos/Supervisão: _____

*Assinatura digitada não será aceita

Endereço de e-mail: _____

Telefone: _____

Data _____