



## Solicitud del Programa de Asequibilidad de Cuidado Infantil (CCAP)

Todos los pagos de asequibilidad de cuidado infantil que se hagan a los profesionales de cuidado infantil serán para cubrir los servicios prestados entre la fecha inicial y la fecha final que se establecen en la carta de concesión. El padre es responsable de cualquier servicio prestado antes de la concesión.

### Para procesar la solicitud:

- Escriba en letra clara y legible utilizando un bolígrafo de tinta negra.
- Presente una solicitud completada y firmada. Se deben responder todas las preguntas
- Presente una copia de toda la documentación requerida (vea a continuación)
- Las solicitudes incompletas sufrirán demoras de procesamiento
- Para cualquier pregunta relacionada a este programa y a la solicitud, escriba un correo electrónico a: [ccap.dhhs@maine.gov](mailto:ccap.dhhs@maine.gov) o llame al: 624-7999
- Si desea información sobre las evaluaciones del desarrollo, pase al enlace siguiente: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>

### Documentación requerida:

En el caso de todos los adultos que vivan en la casa que se hagan responsables de los niños (incluya a los cónyuges, parejas, etc.).

- Prueba de ciudadanía de los niños** (acta de nacimiento (copia emitida por el estado), pasaporte, documentos de inmigración o nacionalización) \*Las tarjetas del Seguro Social no se aceptan como evidencia de ciudadanía.
- Prueba de residencia del solicitante principal** (licencia de conducir que incluya la dirección física, contrato de alquiler, declaración de hipoteca, registro de automóvil, permiso de caza o pesca, recibos de servicios públicos (electricidad, agua, gas) fechados no más de un (1) año antes de la fecha de presentación)  
\*La factura de servicios telefónicos o de Internet no se acepta como prueba de residencia.
- Horario oficial de estudios del (de los) padre(s) (si aplica)** No se aceptan programas de maestría o doctorado.  
Por cada estudiante, se debe presentar el programa oficial actualizado de clases, que incluya el nombre de la institución y del estudiante, los días y horarios de las clases, las fechas del semestre y las horas de créditos, la carta de asistencia financiera y la factura de la escuela. Adjunte una hoja aparte, con toda la información anterior, por cada adulto adicional que esté estudiando en un programa de educación o de capacitación laboral.
- Verificación del ingreso**  
Recibos de pago de nómina (**las 4 semanas más recientes**, fechados dentro de un lapso de 60 días antes de presentarse) **o** la hoja de información de empleo (si usted recibe propinas, comisiones, salarios basados en bonos, debe presentar los recibos de pago)  
Empleo por cuenta propia: La copia completa más reciente de la Declaración del Impuesto sobre la Renta (IRS) **o** el estado mensual de ganancias y pérdidas más reciente
- Documentación de custodia o pensión alimenticia para los niños (si aplica)** Copia completa del acuerdo/horario de custodia ordenado por el tribunal y documentos de la pensión alimenticia, orden de pensión alimenticia administrativa o voluntaria, emitida por la División de Ejecución y Recuperación de Pensión Alimenticia, documentación voluntaria que presente el programa de custodia y pensión alimenticia
- Hoja de información del proveedor**, completada por el profesional que presta los servicios de cuidado infantil para el niño
- Hogar con ambos padres, uno de los cuales está discapacitado (si aplica)** Carta documentada de discapacidad emitida por la Administración del Seguro Social y nota de un médico que describa la discapacidad que le impide cuidar de sus niños
- Todo ingreso no ganado (si aplica)** (Carta de otorgamiento de beneficios del Seguro Social, carta de otorgamiento de beneficios infantiles del programa de seguridad de ingreso suplementario (SSI), la subvención sólo para niños del programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), la declaración de pensión y jubilación, o de pensión alimenticia para el ex cónyuge, pensión alimenticia para los niños, ayuda financiera, beneficios militares, etc.)
- Documentación de necesidades especiales** determinadas por un profesional calificado (si aplica)



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL ESTADO DE MAINE  
Oficina de Servicios para Niños y Familias  
Solicitud del Programa de Asequibilidad de Cuidado Infantil

Página 1

SECCIÓN 1: Información del solicitante			
1. Nombre del solicitante principal (Solicitante adulto):		Fecha de nacimiento:	
Dirección de correo electrónico:		Últimos cuatro números del Seguro Social:	
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Género:	Idioma materno:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/>		
¿Es usted un tutor legal nombrado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí (si la respuesta es Sí, adjunte prueba de ser el tutor legal) <input type="checkbox"/> No			
2. Dirección física: *Se requiere prueba de residencia para el solicitante principal			
Dirección de domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
3. Dirección postal: (Si es diferente a la anterior)			
Dirección postal o apartado postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:

SECCIÓN 2 DEBE INCLUIR A TODOS los miembros adicionales que vivan en la casa (niños, cónyuge, compañero, etc.)			
4. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted ciudadano estadounidense o un inmigrante legal? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es Sí, adjunte la documentación de los niños que requieren servicios de cuidado infantil) <input type="checkbox"/> No		Últimos cuatro dígitos del Seguro Social:	
Género:	Idioma materno:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante:		
5. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es ciudadano estadounidense o un inmigrante legal? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es Sí, adjunte la documentación de los niños que requieren servicios de cuidado infantil) <input type="checkbox"/> No		Últimos cuatro dígitos del Seguro Social:	
Género:	Idioma materno:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante:		
6. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es ciudadano estadounidense o un inmigrante legal? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es Sí, adjunte la documentación de los niños que requieren servicios de cuidado infantil) <input type="checkbox"/> No		Últimos cuatro dígitos del Seguro Social:	
Género:	Idioma materno:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante:		
7. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es ciudadano estadounidense o un inmigrante legal? <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es Sí, adjunte la documentación de los niños que requieren servicios de cuidado infantil) <input type="checkbox"/> No		Últimos cuatro dígitos del Seguro Social:	
Género:	Idioma materno:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante:		

<b>SECCIÓN 3 Preguntas</b>	
8.	¿Todos los <u>adultos</u> de la familia están trabajando o están asistiendo a un programa de educación o capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si la respuesta a la pregunta 8 es No:</b> ¿Qué miembros de la casa no están trabajando o asistiendo a un programa de educación o capacitación laboral?	
9.	¿Es éste un hogar con ambos padres en el que un adulto trabaja o asiste a un programa de educación o capacitación laboral y el otro tiene una discapacidad documentada por la Administración del Seguro Social (SSA) y una nota de un médico que indica que la discapacidad le impide cuidar de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí (si la respuesta es Sí, adjunte la documentación) <input type="checkbox"/> No
10.	¿El niño ha sido asignado bajo la custodia legal de una persona que ha llegado a la edad de jubilación, según la define el Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.	¿Tiene activos por un monto igual o superior a \$1,000,000? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	¿Se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	¿Recibe ayuda para vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14.	¿Ha recibido algún beneficio del programa TANF en los últimos (12) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.	¿Es usted empleado de una institución licenciada de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Está recibiendo actualmente asistencia para cuidado infantil del programa HOPE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17.	¿Recibe asistencia de adopción? <input type="checkbox"/> Sí *presente la documentación <input type="checkbox"/> No
18.	Marque si actualmente es: <input type="checkbox"/> Miembro de la Unidad de la Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Miembro de la Unidad de Reserva Militar <input type="checkbox"/> Parte del servicio activo del Ejército de Estados Unidos
19.	¿Tiene alguna afiliación tribal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20.	¿Los niños reciben educación en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>SECCIÓN 4 Niños con necesidades especiales</b>	
21.	¿Alguno de los niños que requiere cuidado infantil tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí (si la respuesta es Sí, adjunte la documentación) <input type="checkbox"/> No
<p>Un niño con necesidades especiales se refiere a: a) un niño de hasta trece (13) años de edad a quien un profesional calificado ha determinado que tiene una discapacidad según las especificaciones de la sección 602 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401); es elegible para recibir servicios de intervención temprana según la parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1431 y siguientes); es elegible para recibir servicios según la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794); cumple con los requerimientos de la definición de discapacidad que establece la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) (P.L. 110-325); un niño que se considera que está en riesgo de sufrir problemas de salud o desarrollo, como resultado de factores de riesgo ambiental que incluyen, aunque sin limitaciones, desamparo, abuso y negligencia, envenenamiento por plomo y exposición prenatal a drogas o bebidas alcohólicas; y b) un niño que tenga entre trece (13) y dieciocho (18) años y que sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo o esté bajo la supervisión de un tribunal. Igualmente, recibirá una solicitud de autorización de información, que deberá enviar para el reembolso del profesional.</p>	

<b>SECCIÓN 5 Información de padre ausente</b>	
<input type="checkbox"/> No aplica si es un hogar con ambos padres	
<b>Debe llenarse si se trata de un hogar con un solo padre</b>	
22.	¿Tiene derechos y responsabilidades parentales compartidos en cuanto al pago del cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí *presente una copia de la orden judicial o del acuerdo notariado <input type="checkbox"/> No
23.	¿Tiene custodia compartida o conjunta según orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí *presente una copia de la orden judicial o del horario de visita notariado <input type="checkbox"/> No
24.	¿Está recibiendo una pensión alimenticia para los niños por orden judicial o voluntariamente? <input type="checkbox"/> Sí * Presente una copia completa de la orden judicial. En el caso de pagos voluntarios, indique cuánto recibe semanalmente: \$_____ por semana <input type="checkbox"/> No, no recibo ayuda financiera del otro padre
25.	¿Paga pensión alimenticia para los niños? <input type="checkbox"/> Sí *presente documentación <input type="checkbox"/> No



Janet T. Mills  
Gobernadora

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.  
Comisionada



Departamento de Salud y Servicios Humanos  
(DHHS) de Maine  
Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS)  
11 State House Station  
2 Anthony Avenue  
Augusta, Maine 04333-0011  
No. de tel.: (207) 624-7999; No. de teléfono libre de  
carga: (877) 680-5866  
Servicio de teletipo (TTY): Marque 711 (Servicio de  
retransmisión de Maine); No. de fax: (207) 287-6308

## Se requiere la firma

Página 4

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera, a mi mejor saber y entender.

Entiendo que esta información se presentará al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHSS) para que se use en la administración de este programa.

Autorizo a la agencia para que verifique esta información por cualquier medio que se considere necesario.

Acepto notificar al DHHS, Programa de Asequibilidad de Cuidado Infantil, dentro del lapso de diez (10) días sobre cualquier

1. Cese de empleo o asistencia a un programa de educación o de capacitación laboral, o
2. Cambio de profesional de cuidados infantiles, o
3. Si el ingreso familiar excede el ochenta y cinco por ciento (85%) del ingreso promedio del estado (SMI). o
4. Si el ingreso familiar excede el ciento veinticinco por ciento (125%) del SMI.

Reconozco y estoy de acuerdo con las reglas del CCAP, que se encuentran en: [www.maine.gov/dhhs/ocfs/support-for-families/child-care/paying-for-child-care](http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/support-for-families/child-care/paying-for-child-care)

**El Departamento puede tardar hasta 15 días para realizar el proceso de revisión de la solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante principal (no se aceptan firmas mecanografiadas)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que preparó la solicitud (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Firme, coloque la fecha y devuelva todas las páginas y la documentación, por correo postal, correo electrónico o fax:**

Correo electrónico: [CCAP.DHHS@Maine.gov](mailto:CCAP.DHHS@Maine.gov)

No. de Fax: (207) 287-6308

Correspondencia: Office of Child and Family Services  
Child Care Affordability Program  
2 Anthony Ave 11 State House Station  
Augusta, ME 04333-0011



## Programa de Asequibilidad de Cuidado Infantil (CCAP) – Hoja de información de los profesionales de cuidado infantil

Pídale al profesional de cuidado infantil de su niño que complete este formulario y que se lo devuelva para incluirlo en el **paquete completo**

Proveedor de cuidado infantil responsable de completarlo	
1. Nombre del padre:	
2. Nombre(s) del (de los) niño(s):	
3. Fecha en la que se anticipa que el niño empiece a asistir a su programa (no se puede facturar el servicio hasta que se haya recibido la concesión y el niño reciba físicamente los servicios de cuidado infantil):	

Información del profesional de cuidado infantil	
1. Nombre comercial:	2. Horario de trabajo del profesional (por ejemplo: de 7 a.m. a 5 p.m.):
3. Horario de trabajo antes y después del horario escolar (ejemplo: 7 a.m. a 8 a.m. y 3 p.m. a 5 p.m.):	
4. Nombre de la persona de contacto:	5. No. de teléfono::
6. Dirección:	
7. Dirección de correo electrónico:	
8. Tipo de profesional de cuidado infantil: (seleccione el tipo a continuación)	
<input type="checkbox"/> Con licencia    Número de licencia y Número de facturación del CCAP:	
<input type="checkbox"/> Profesional exento de licencia <b>*El procesamiento de los trámites de verificación de antecedentes puede tardar hasta 45 días*</b> <b>*Se enviará documentación adicional para que la información esté completa*</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe tener al menos 18 años de edad y no puede residir en la misma dirección que el (los) niño(s); y</li><li>• Sólo puede cuidar a un máximo de dos (2) niños</li><li>• Debe ser residente de Maine durante un lapso mínimo de 6 meses</li></ul>	
<b>Seleccione una opción:</b>	
En el hogar del <i>profesional de cuidado infantil</i> : <input type="checkbox"/> No relacionado <input type="checkbox"/> Relacionado (debe indicar la relación con el niño)	
En el hogar del <i>niño</i> : <input type="checkbox"/> No relacionado <input type="checkbox"/> Relacionado (debe indicar la relación con el niño) _____	
Programa de edad escolar o recreacional <input type="checkbox"/>	

Al firmar a continuación, usted reconoce que el **programa de asequibilidad de cuidado infantil (CCAP) no hace pagos retroactivos** y que los padres son responsables por todos los pagos hasta que se reciba la carta de concesión. Si usted es un profesional nuevo al Programa de asequibilidad de cuidado infantil recibirá documentos adicionales que deberá completar.

Nombre del profesional de cuidado infantil (en letra impresa): \_\_\_\_\_ Idioma que prefiere: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de cuidado infantil: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*No se aceptan firmas mecanografiadas**

## Hoja de información del empleador

Pídale a su supervisor o al personal de recursos humanos que complete este formulario

Información sobre el empleo			<input type="checkbox"/> No aplica
1. Nombre del empleador:			
2. Nombre del empleado:			
3. Salario por hora o sueldo:	4. Fecha de contratación:	5. Fecha de recontractación:	
6. ¿El horario incluye un receso no pagado de 30 minutos?	7. ¿Recibe su pago semanal, quincenal o mensualmente?		
8. ¿En este cargo recibe propinas, comisiones, pago por sobretiempo o bonos? Si la respuesta es Sí, <b>debe presentar los recibos de pago.</b>			

Horario de trabajo del empleado: (Ejemplo: 8 a.m. a 5 p.m.)							
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total de horas

**\*Nota: Si el horario del empleado varía, mencione el horario de trabajo de las últimas cuatro (4) semanas. Si el empleado no lleva cuatro (4) semanas completas contratado, estime las horas que se anticipan para las semanas restantes\***

Fechas de inicio y final de la semana (mm/dd/aa – mm/dd/aa.)	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total de horas

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera, a mi mejor saber y entender.

Recursos Humanos/Nombre del Supervisor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Recursos Humanos/Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_  
 \*No se aceptan firmas mecanografiadas

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_