Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

ADMISIÓN Y EVALUACIÓN
INTAKE AND ASSESSMENT

1. LOCAL OFFICE	2. INTERVIEW DATE
3. WORKER'S NAME	4. TELEPHONE NUMBER

PERFIL FAMILIAR

5. PADRES/TUTORES (SOLICITANTES)			6. RELACIÓN CON EL NIÑO	
7. DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	8. TELÉFONO (INDICAR TIPO DE NÚMERO)

9. Niños en el hogar — Total de integrantes de la familia

APELLIDO	PRIMER NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ID	NECESIDADES ESPECIALES/DISCAPACIDADES

EMPLEO

NOMBRE DEL PRIMER PADRE/MADRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL SEGUNDO PADRE/MADRE	FECHA DE NACIMIENTO
EMPLEADOR DEL PRIMER PADRE/MADRE		EMPLEADOR DEL SEGUNDO PADRE/MADRE	
TELÉFONO DEL EMPLEADOR (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		TELÉFONO DEL EMPLEADOR (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	

DÍA	HORARIO DE TRABAJO DE PADRE/MADRE	DÍA	HORARIO DE TRABAJO DEL PADRE/MADRE
Lunes		Lunes	
Martes		Martes	
Miércoles		Miércoles	
Jueves		Jueves	
Viernes		Viernes	
Sábado		Sábado	
Domingo		Domingo	

Empleo verificado por: ☐ Carta de empleo ☐ Recibo de sueldo ☐ Llamada telefónica (fecha):

10. ¿En qué horario se requiere cuidado de niños?

Horario: Hora de inicio: ☐ AM ☐ PM Hours: Horario: Hora de término: ☐ AM ☐ PM

Días de la semana: ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

11. Opciones de cuidado de niños que se explicaron a los padres. Marque las preferencias de los padres.

☐ Hogar de cuidado diurno en familia para niños (puede atender hasta 12 niños)

☐ Centro de cuidado de niños (puede atender desde 12 hasta 150 niños)

FIRMA DEL CONTRATISTA	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR (SOLICITANTE)	FECHA

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

Washington State Department of Social & Health Services

REVISIÓN DE LA SOLICITUD
APPLICATION SCREENING

DATE

PADRE/MADRE O TUTOR

REQUISITOS ECONÓMICOS Y DEL PROGRAMA

WAC 388-292-0005 establece los siguientes requisitos para el programa Seasonal Child Care (Cuidado Infantil Temporal). Todas las preguntas deben responderse afirmativamente para que la familia sea elegible para el programa. **Responda todas las preguntas. Si contesta negativamente alguna pregunta, no siga adelante. La familia no puede ser beneficiaria del programa.** Derive a la familia al programa Working Connections Child Care local de Economic Services Administration.

REQUISITOS DEL PROGRAMA	INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES	SÍ o NO
1) **La familia NO es beneficiaria de TANF.**	Las familias beneficiarias de TANF no pueden recibir los beneficios del programa Cuidado Infantil Temporal. (Seleccione "Sí" si no es beneficiaria de TANF.)	
2) **Los padres del hogar tienen un empleo relacionado con la agricultura en el estado de Washington o dentro de un radio de 40 millas desde la frontera.**	El cuidado de niños se ofrece únicamente durante el horario en que ambos padres trabajan en tareas agrícolas.	
3) **Los niños deben ser miembros de núcleos familiares con domicilio en el estado de Washington.**	La dirección se anota en el punto 4 del formulario de "Admisión y evaluación".	
4) **El niño debe tener 12 años o menos para recibir cuidado de niños; los niños con necesidades especiales pueden recibir servicios si tienen 18 años o menos.**	Puede autorizarse una tarifa por necesidades especiales. Consulte la Seasonal Child Care Guidebook (Guía de Cuidado Infantil Temporal).	
5) **El 50% o más de los ingresos anuales de la familia deben provenir de trabajo vinculado con la agricultura.**	Determine la fuente y el importe de los ingresos familiares de los últimos 12 meses. Complete la sección "Verificación de ingresos".	
6) **El trabajador responsable del principal ingreso trabajó como empleado agrícola, para determinado empleador, durante 11 meses o menos de los últimos 12 meses.**	En los hogares constituidos por uno solo de los padres, se aplica este mismo requisito al único padre/madre que integra la familia.	
7) **Durante los últimos 12 meses, la familia tuvo en promedio un ingreso mensual ajustado equivalente al 200% o menos del Nivel de Pobreza Federal.**	Consulte la Tabla de cálculo del copago.	
8) **El padre/madre contribuirá al pago del cuidado de niños, efectuando un copago mensual al proveedor de cuidado infantil.**	El copago se determina según el ingreso del padre/madre y se calcula según las normas de WAC 388-290-090. Complete la "Determinación del copago", consultado la Tabla de cálculo de copagos.	

FIRMA DEL CONTRATISTA	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR (SOLICITANTE)	FECHA

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

Washington State Department of Social & Health Services

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL
UNEARNED INCOME

PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES NO DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL (REQUIERE VERIFICACIÓN)

NOMBRE DEL PRIMER PADRE/MADRE O TUTOR			NOMBRE DEL SEGUNDO PADRE/MADRE O TUTOR	
MES/AÑO	**FUENTE DEL INGRESO**	**IMPORTE**	**FUENTE DEL INGRESO**	**IMPORTE**
1. Ingresos individuales no derivados del trabajo personal correspondientes a los últimos 12 meses			Ingresos individuales no derivados del trabajo personal correspondientes a los últimos 12 meses	

2. Total de ingresos familiares no derivados del trabajo personal durante los últimos 12 meses (sume los ingresos de la línea 1)

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Declaro bajo pena de perjurio que la información que suministré en esta declaración es correcta, verdadera y completa a mi leal saber y entender, y comprendo que si falsifico intencionalmente esta información quedaré sujeto a las penas dispuestas por la ley del estado de Washington, RCW 74.08.055.

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

Washington State Department of Social & Health Services

INGRESOS DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL
EARNED INCOME

PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL (REQUIERE VERIFICACIÓN)

NOMBRE DEL PRIMER PADRE/MADRE O TUTOR				NOMBRE DEL SEGUNDO PADRE/MADRE O TUTOR		
MES/AÑO	**EMPLEADOR**	**TIPO DE TRABAJO**	**IMPORTE**	**EMPLEADOR**	**TIPO DE TRABAJO**	**IMPORTE**

1. Ingresos individuales derivados del trabajo personal correspondientes a los últimos 12 meses	Ingresos individuales derivados del trabajo personal correspondientes a los últimos 12 meses

2. Total de ingresos familiares derivados del trabajo personal durante los últimos 12 meses (sume los ingresos de la línea 1)

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Declaro bajo pena de perjurio que la información que suministré en esta declaración es correcta, verdadera y completa a mi leal saber y entender, y comprendo que si falsifico intencionalmente esta información quedaré sujeto a las penas dispuestas por la ley del estado de Washington, RCW 74.08.055.

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

Washington State Department of Social & Health Services

DETERMINACIÓN DEL COPAGO
COPAYMENT DETERMINATION

PADRE/MADRE O TUTOR		FECHA
DEFINICIONES E INSTRUCCIONES	**CÁLCULO DEL COPAGO**	
1. La cantidad de adultos que califican, más niños que califican, es igual a *(consulte la Guía de Cuidado Infantil Temporal)*	Tamaño del núcleo familiar:	
2. Los ingresos percibidos de fuentes que no son el empleo, incluida la manutención infantil recibida (página de ingresos no derivados del trabajo personal) son iguales a *(ingresos no derivados del trabajo personal correspondientes a los últimos 12 meses divididos por 12)*	Promedio de los ingresos mensuales, no derivados del trabajo personal:	
3. Los ingresos derivados del empleo (página de ingresos derivados del trabajo personal) son iguales a *(ingresos derivados del trabajo personal de los últimos 12 meses dividido por 12)*	Promedio de los ingresos mensuales, derivados del trabajo personal:	
TOTAL DE LAS LÍNEAS 2 Y 3	TOTAL DE 2 Y 3:	
4. Manutención infantil pagada - DEDUCIDA *(importe pagado durante los últimos 12 meses, dividido por 12)*	Promedio de la manutención mensual pagada:	
5. Total obtenido al sumar las líneas 2 y 3 y restar la línea 4 Elegible si equivale al 200% o menos del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Promedio del ingreso total ajustado:	
6. ¿Es elegible la familia?		
7. Parte del costo de cuidado infantil de la familia que el padre/madre debe pagar mensualmente al proveedor. *(Consulte la Tabla de cálculo del copago, 1 de abril de 2006)* a. Si el punto 5 equivale al 82% o menos del FPL (columna 3) = **$15.00 de copago** b. Si el punto 5 supera el 82% del FPL y es igual o inferior al 137.5% del FPL (columna 4) = **$50.00 de copago** c. Si el punto 5 supera el 137.5% del FPL y es igual o inferior al 200% del FPL (columna 5) = **El importe del copago se calcula: restando el 137.5% del FPL al ingreso contable, multiplicando por .44 y sumando $50.**	Copago familiar:	
FIRMA DEL CONTRATISTA		FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR		FECHA

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES
PARENT RESPONSIBILITIES

YOUR SCC LOCAL OFFICE
YOUR SCC WORKER 'S NAME
YOUR SCC WORKER 'S TELEPHONE NUMBER

Para reunir los requisitos para Seasonal Child Care (Cuidado Infantil Estacional - SCC), ambos padres deben estar empleados como trabajadores agrícolas por temporada, cumplir con las pautas de ingresos y emplear servicios de cuidado infantil certificado o con licencia. Los fondos son limitados y no todos los que califiquen recibirán beneficios.

Cuando recibo beneficios de Cuidado Infantil Temporal, tengo la responsabilidad de:

- Asistir a todas las citas con mi funcionario de SCC;
- Suministrar información fidedigna y completa a mi funcionario de SCC, para que puedan determinar si soy elegible;
- Proporcionar talones de cheques de pagos o recibos de computadora para la verificación de mi empleo;
- Elegir a un proveedor con licencia o certificado;
- Pagar a mi proveedor el copago cada mes. Si no pago el copago ni tomo medidas para su pago, es posible que no pueda recibir subsidios para cuidado infantil;
- Notificar a mi funcionario de SCC dentro de los diez (10) días si existen cambios en mi;
  - Situación laboral, empleador u horas de trabajo;
  - Horas por las cuales necesito cuidado infantil;
  - Asistencia TANF, si comienzo a recibir subsidios;
  - Hijos que pasan a ser elegibles para Head Star migratorio;
  - Tamaño familiar, como en el caso en que alguien se mude o se vaya de mi casa, o se agregue un nuevo miembro familiar;
  - Manutención infantil pagada o recibida; o
  - Dirección o número telefónico.
- Usar cuidado infantil únicamente cuando trabajo o conduzco el automóvil desde la guardería hasta el trabajo y viceversa;
- Notificar a mi funcionario de SCC antes de cambiar de proveedor de cuidado infantil;
- Devolver dinero si uso los servicios de cuidado infantil cuando no trabajo ni conduzco desde y hasta el trabajo;
- Firmar el ingreso y la salida de mi hijo de la guardería todos los días con mi firma legal; y
- Cooperar con los auditores contratados por el estado de Washington que necesitan examinar mi caso.

Si comienza a recibir asistencia TANF, infórmelo inmediatamente a su funcionario de SCC.

Los subsidios de cuidado infantil son para horas de trabajo únicamente

Pague su copago mensual para no perder sus beneficios de cuidado infantil.

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

DERECHOS DE LOS PADRES
PARENT RIGHTS

Cuando recibo beneficios de Cuidado Infantil Temporal, tengo derecho a:

- Recibir un trato amable y justo;
- Tener mi solicitud tramitada dentro de los 30 días;
- Ser informado por escrito de mis derechos y responsabilidades legales;
- Darle carácter confidencial a mi información personal;
- Recibir aviso 10 días antes de que se suspendan o reduzcan mis beneficios de cuidado infantil, excepto si la autorización de mi caso está programada para concluir;
- Usar 5 días de cuidado infantil para buscar trabajo al término de un empleo;
- Tener una audiencia legal si recibo el aviso de que debo devolver dinero;
- Disponer de un intérprete;
- Pedir a un supervisor que revise una decisión o medida que afecte mi beneficios de cuidado infantil; y
- Recibir información sobre otras opciones de cuidado infantil si no soy elegible para SCC.

Información para padres sobre proveedores de cuidado infantil:

- Puedo elegir el proveedor de cuidado infantil con licencia que desee;
- La Resource and Referral Agency (Agencia Local de Derivaciones y Recursos) puede ayudarme a encontrar un proveedor;
- Debo suministrar a mi proveedor de cuidado infantil el "Approved Child Care Plan" (Plan de Cuidado Infantil Aprobado) para SCC cuando inscriba a mi hijo;
- Tengo derecho a cambiar de proveedor. No obstante, debo tener un nuevo "Plan de Cuidado Infantil Aprobado" antes de realizar el cambio; y
- Si tengo inquietudes sobre la salud y seguridad de mis hijos bajo cuidado, puedo comunicarme con el funcionario de emisión de licencias local del estado de Washington o pedir al funcionario autorizante de SCC que me ayude a ubicar a dicho emisor de licencias.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que suministré en esta solicitud de cuidado infantil es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender, y comprendo que si falsifico intencionalmente esta información quedaré sujeto a las penas dispuestas por la ley del estado de Washington - (RCW 74.08.055).

Derecho a audiencias

Usted tiene derecho a una audiencia. Para solicitar una audiencia, comuníquese con esta oficina o escriba a OFFICE OF ADMINISTRATION, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2465. Debe solicitar su audiencia imparcial dentro de los 90 días desde la fecha en que recibe esta decisión. En la audiencia, tiene derecho a representarse a sí mismo o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que usted elija. Puede obtener asesoramiento legal o representación sin cargo, comunicándose con una oficina de servicios legales. Puede ser elegible para recibir beneficios continuos mientras esté pendiente el resultado de la audiencia, si la solicita antes o en la fecha de vigencia de una acción, o no más de 10 días después de que recibe el aviso de esta acción. Si pierde la audiencia, cualquier subsidio del programa SCC que reciba entre la fecha en que recibió este aviso y la fecha de la audiencia o la decisión de la audiencia, se considerará un sobrepago que usted deberá devolver a DSHS.

Se me explicaron mis derechos y responsabilidades y recibí una copia de este aviso.

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA	FIRMA DEL CONTRATISTA	FECHA

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

PLAN DE CUIDADO INFANTIL APROBADO
APPROVED CHILD CARE PLAN

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

AUTHORIZER INFORMATION
AGENCY
WORKER'S NAME
TELEPHONE NUMBER
DATE
SIGNATURE
PARENT INFORMATION
NAME
TELEPHONE NUMBER
PROVIDER INFORMATION
PROVIDER NUMBER
TELEPHONE NUMBER

FOLD

PROVEEDOR: Revise este formulario atentamente; sólo se pagarán los servicios aquí descritos conforme a este programa. Si el horario de trabajo de los padres demanda más cuidado de niños del descrito, los padres deben comunicarse con el agente autorizante mencionado para obtener más servicios.

Los padres son responsables del pago de servicios no autorizados.
Los proveedores son responsables del cobro de servicios no autorizados.
El pago será autorizado para el proveedor arriba descrito. Compruebe que su información sea correcta.

DÍA	HORARIO DE TRABAJO DEL PRIMER PADRE/MADRE	HORARIO DE TRABAJO DEL SEGUNDO PADRE/MADRE	SÍ	NO	
Lunes			☐	☐	Cuota de inscripción
Martes			☐	☐	Necesidades especiales
Miércoles			☐	☐	Horario extendido
Jueves			☐	☐	Cuidado en los fines de semana
Viernes					
Sábado					
Domingo					
NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO		

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	HORARIO DE CUIDADO	TIPO DE CUIDADO				FIN DE SEMANA		TARIFA DEL PROVEEDOR
			TODO EL DÍA	MEDIO DÍA	HORARIO EXT.	CÓDIGO DE EDAD	SÁB	DOM	

CÓDIGOS DE EDAD: L Lactante (0-11 meses); NP Niño pequeño (12-29 meses); P Edad Preescolar (30 meses-cinco años); E Edad Escolar (5-12 años) **HORARIO EXTENDIDO:** El cuidado en horario extendido debe aprobarse previamente. El horario extendido está permitido cuando se requieren más de 10 horas diarias de cuidado por un horario de trabajo irregular con "horas extra".

Los servicios de cuidado de niños están autorizados para comenzar el _____ . El cuidado de niños continuará siempre que usted conserve su empleo y continúe reuniendo todos los requisitos. Sus servicios de cuidado de niños finalizarán el _____ . Comuníquese con el empleado indicado arriba si requiere servicios de cuidado de niños después de esa fecha.

Necesitamos información actual sobre su empleo antes del _____ para extender esta autorización. Si no proporciona información actual, pondremos término a sus servicios de cuidado de niños de forma anticipada. Su copago mensual es de _____ . El proveedor es responsable de cobrarle este monto.

_____
FIRMA DEL PADRE/MADRE

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

PLAN DE CUIDADO INFANTIL APROBADO
APPROVED CHILD CARE PLAN

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

AUTHORIZER INFORMATION
AGENCY
WORKER'S NAME
TELEPHONE NUMBER
DATE
SIGNATURE
PARENT INFORMATION
NAME
TELEPHONE NUMBER
PROVIDER INFORMATION
PROVIDER NUMBER
TELEPHONE NUMBER

FOLD

PROVEEDOR: Revise este formulario atentamente; sólo se pagarán los servicios aquí descritos conforme a este programa. Si el horario de trabajo de los padres demanda más cuidado de niños del descrito, los padres deben comunicarse con el agente autorizante mencionado para obtener más servicios.

Los padres son responsables del pago de servicios no autorizados.
Los proveedores son responsables del cobro de servicios no autorizados.
El pago será autorizado para el proveedor arriba descrito. Compruebe que su información sea correcta.

DÍA	HORARIO DE TRABAJO DEL PRIMER PADRE/MADRE	HORARIO DE TRABAJO DEL SEGUNDO PADRE/MADRE	SÍ	NO	
Lunes			☐	☐	Cuota de inscripción
Martes					
Miércoles			☐	☐	Necesidades especiales
Jueves					
Viernes			☐	☐	Horario extendido
Sábado					
Domingo			☐	☐	Cuidado en los fines de semana

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	HORARIO DE CUIDADO	TIPO DE CUIDADO				FIN DE SEMANA		TARIFA DEL PROVEEDOR
			TODO EL DÍA	MEDIO DÍA	HORARIO EXT.	CÓDIGO DE EDAD	SÁB	DOM	

CÓDIGOS DE EDAD: L Lactante (0-11 meses); NP Niño pequeño (12-29 meses); P Edad Preescolar (30 meses-cinco años); E Edad Escolar (5-12 años) **HORARIO EXTENDIDO:** El cuidado en horario extendido debe aprobarse previamente. El horario extendido está permitido cuando se requieren más de 10 horas diarias de cuidado por un horario de trabajo irregular con "horas extra".

Los servicios de cuidado de niños están autorizados para comenzar el _____. El cuidado de niños continuará siempre que usted conserve su empleo y continúe reuniendo todos los requisitos. Sus servicios de cuidado de niños finalizarán el _____. Comuníquese con el empleado indicado arriba si requiere servicios de cuidado de niños después de esa fecha. Necesitamos información actual sobre su empleo antes del _____ para extender esta autorización. Si no proporciona información actual, pondremos término a sus servicios de cuidado de niños de forma anticipada. Su copago mensual es de _____. El proveedor es responsable de cobrarle este monto.

_____
FIRMA DEL PADRE/MADRE

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

RESPONSABILIDADES DE LOS PROVEEDORES CON LICENCIA/CERTIFICADOS
LICENSED/CERTIFIED PROVIDER RESPONSIBILITIES

Seasonal Child Care (Cuidado Infantil Temporal - SCC) es un programa de cuidado infantil subsidiado con recursos limitados. Los proveedores de cuidado infantil que ofrecen cuidado conforme a este programa deben aceptar las siguientes responsabilidades:

1. Cumplir con todos los requisitos mínimos de licencia de DSHS/Division of Child Care and Early Learning (DCCEL), estipulados en los capítulos 388-295, 388-296 y 388-151 de WAC. Estos requisitos comprenden:
   - Mantener siempre una proporción apropiada de niños por empleado;
   - Conservar en el establecimiento los registros de asistencia y las facturas para niños pagos por el estado durante al menos cinco años; y
   - Completar las facturas con información precisa basada en un examen minucioso de los registros de asistencia. Revisar los ingresos y las salidas de los niños.
   - Las normas de facturación pueden consultarse en la publicación de DSHS "Subsidios para Cuidado de Niños: Un folleto para Proveedores Licenciados y Certificados de Cuidado de Niños". Comuníquese con su funcionario de emisión de licencias para obtener una copia, o visite el sitio Web de DCCEL en: http://www1.dshs.wa.gov/esa/dccel.
2. Llevar registros de asistencias como se describe en:
   - WAC 388-296-0520 (hogares de cuidado en familia);
   - WAC 388-295-7030 (guarderías); o
   - WAC 388-151-460 (centros para niños en edad escolar).
3. Recibir un aviso de autorización (Plan de Cuidado Infantil Aprobado) de SCC antes de inscribir a una familia en los servicios de cuidado infantil.
   - Únicamente el contratista de SCC designado de su área puede extender las autorizaciones.
   - En esta área, su contratista de SCC es _____.
   - El programa Cuidado Infantil Temporal (SCC) no es responsable del cuidado infantil provisto a familias no autorizadas.
4. Suministrar una copia de la siguiente documentación cuando lo solicite DSHS o SCC:
   - Políticas por escrito de las tarifas y cuotas de inscripción; y
   - Registros de asistencia y facturas.

   Nota: SCC reconoce únicamente las tarifas y honorarios incluidos en la política del proveedor.
5. SCC sólo paga el cuidado infantil provisto durante las actividades aprobadas por SCC.
   - Ambos padres deben estar empleados como trabajadores agrícolas por temporada durante todo el período autorizado.
   - Si usted provee cuidado infantil mientras los padres no trabajan y factura su trabajo a SCC, es posible que se examinen sus registros y se efectúe un sobrepago.
6. Si usted factura a DSHS más de lo que debería, se genera un sobrepago. Los sobrepagos se producen cuando usted:
   - Factura más días de los que puede facturar según la asistencia del niño;
   - No posee registros de asistencia;
   - No lleva registros de asistencia como estipulan los requisitos de licencia de WAC.
   - Factura el cuidado infantil según una tarifa más alta de la que puede cobrar; y
   - Factura el cuidado infantil de niños cuya edad es mayor o menor de la edad para la cual tiene licencia, sin una renuncia.
7. Usted debe:
   - Transmitir toda la información del programa que reciba del contratista de SCC, ya que usted es un importante enlace con los padres. Esto es especialmente importante durante el período de reautorización de las familias. En este período, la familia debe concertar una cita con su funcionario autorizante y llevar todos los elementos de verificación necesarios para determinar si puede continuar siendo beneficiaria del programa.
   - Notificar a los padres un (1) mes antes de cambiar su horario disponible para el cuidado infantil. Esto da tiempo a los padres para que puedan programar el cuidado infantil con otros proveedores.
   - Recordar a los padres que trabajen con el funcionario autorizante para modificar autorizaciones para cambios en el calendario escolar, como vacaciones de invierno y verano.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

AVISO DE NEGACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA SCC
SCC NOTICE OF DENIED SERVICES

LOCAL OFFICE	DATE
WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER

Llame si necesita ayuda con esta carta.

El día _____, usted solicitó ayuda con respecto a los pagos para cuidado infantil bajo el programa Cuidado Infantil Temporal. No podremos ayudarle, según lo establece el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292, porque:

- ☐ Usted retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil.
- ☐ No cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa según lo establece el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0005 y 292-0025.
- ☐ No tiene un hijo que califique según lo indica el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0010 y 388-292-0025.
- ☐ Sus actividades no cumplen con los requisitos del Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0020.
- ☐ Su ingreso es mayor que el máximo permitido según el Nivel de Pobreza Federal (FPL) para calificar para el programa, según el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0005 y 388-290-0075.
- ☐ No proporcionó la información necesaria para determinar su elegibilidad.
- ☐ Otro (especificar):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con la decisión tomada, puede solicitar una Audiencia Imparcial escribiendo a: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489. Puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la fecha en que recibió la presente carta.

Durante la Audiencia Imparcial, tiene derecho a representarse a sí mismo o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoramiento legal o representación sin cargo comunicándose con una oficina de servicios legales. Puede calificar para recibir cuidado infantil subsidiado continuo mientras espera el dictamen de la Audiencia Imparcial, sólo si solicita una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que recibió el presente aviso. Si pierde la audiencia, cualquier subsidio del programa SCC que utilice entre la fecha en que recibe este aviso y la fecha de la audiencia o la decisión de ésta se considerará un sobrepago que deberá devolver a DSHS.

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA DEL PROGRAMA SCC
SCC NOTICE OF PLANNED ACTION

LOCAL OFFICE	DATE
WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER

Llame si necesita ayuda con esta carta.

FOLD

Los pagos subsidiados por el programa Cuidado Infantil Temporal, realizados a su proveedor de cuidado infantil, cesarán o cambiarán en la fecha indicada a continuación. Hable con su proveedor para convenir los pagos de cuidado infantil después de esta fecha.

- ☐ Su elegibilidad para Cuidado Infantil Temporal (SCC) cesará el _____ . Los pagos para los subsidios de cuidado infantil cesarán en esta fecha.
- ☐ Los pagos subsidiados por el programa Cuidado Infantil Temporal (SCC) cambiarán el: _____
- ☐ El nuevo monto de su copago será: _____
- ☐ **Sus beneficios de cuidado infantil cambiarán o serán anulados antes de que finalice el actual período autorizado. Este aviso le proporciona diez (10) días de antelación y correspondiente notificación, conforme con la política del programa y el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0145.**

RAZÓN POR LA ACCIÓN TOMADA

- ☐ Usted retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil.
- ☐ No cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa según lo establece el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0005 y 292-0025.
- ☐ No tiene un hijo que califique según lo indica el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0010 y 388-292-0025.
- ☐ Sus actividades no cumplen con los requisitos del Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0020.
- ☐ No pagó o no hizo los arreglos para pagar el copago requerido según el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0005.
- ☐ El proveedor que eligió no califica para pagos subsidiados según el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-292-0085. Deberá escoger otro proveedor. Si no proporciona la información del nuevo proveedor para el _____ **, asumiremos** que retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil.
- ☐ Otro (especificar):

_____

_____

_____

_____

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con la decisión tomada, puede solicitar una Audiencia Imparcial escribiendo a: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489. Puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la fecha en que recibió la presente carta.

Durante la Audiencia Imparcial, tiene derecho a representarse a sí mismo o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoramiento legal o representación sin cargo comunicándose con una oficina de servicios legales. Puede calificar para recibir cuidado infantil subsidiado continuo mientras espera el dictamen de la Audiencia Imparcial, sólo si solicita una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que recibió el presente aviso. Si pierde la audiencia, cualquier subsidio del programa SCC que utilice entre la fecha en que recibe este aviso y la fecha de la audiencia o la decisión de ésta se considerará un sobrepago que deberá devolver a DSHS.

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

PAYMENT ADJUSTMENT

1. Type of adjustment: ☐ 1a. Underpayment (under claim)
   ☐ 1b. First time authorization of old
2. Authorization number: _____
3. Case number: _____
4. Reporting unit: _____
5. Worker ID number: _____
6. Provided by: _____

   ADDRESS STREET

   CITY STATE ZIP CODE

6a. Provider number: _____

6b. Social Security Number: _____ OR

Federal Tax ID number: _____

7. Provided by: _____

   ADDRESS STREET

   CITY STATE ZIP CODE

7a. Provider number: _____

7b. Social Security Number: _____ OR

Federal Tax ID number: _____

8. Service recipient: _____
   LAST NAME FIRST NAME
9. Service line: _____ Service code: _____

   Reason: _____ Source of funds: _____

   Begin date: _____ End date: _____

   Rate: _____ Unit: _____ # of Units: _____

   Adjusted amount: _____

10. Service recipient: _____
    LAST NAME FIRST NAME
11. Service line: _____ Service code: _____

    Reason: _____ Source of funds: _____

    Begin date: _____ End date: _____

    Rate: _____ Unit: _____ # of Units: _____

    Adjusted amount: _____

12. Should OASI be withheld from payment? ☐ Yes ☐ No

INSTRUCTIONS FOR USE

1a. Check this box if underpayment. See SSPS Manual 01/10 for definition of underpayment.

1b. Check this box if the service period is more than 180 days prior to the current invoice month. **Attach copy of authorization: 14-159 preferred, and any other SSPS system verification of**

2. Item 2 on DSHS 14-154/14-159. 7 digit basic #

3. Case number used by office in #4 of this form.

4. RU number of worker completing form.

5. Worker ID of worker completing form.

6. Items 7 - 11 from DSHS 14-154/14-159.

6a. Item 8 from DSHS 14-154/14-159.

6b. Enter provider's Social Security Number OR Federal Tax Identification Number. If both are known, use Federal Tax Number.

7. Items 12 - 16 from DSHS 14-154/14-159 if applicable. Complete only if different from 6

7a. Item 13 from DSHS 14-154/14-159.

7b. Enter provider's Social Security Number OR Federal Tax Identification Number. If both are known, use Federal Tax Number.

8. EXACTLY as appears on DSHS 14-154/14-159, item 26. Enter last name, first name.

9. Enter information from DSHS 14-154/14-159 service line (1 - 4), items 31 through 41. Enter only the dates for which you are requesting payment. Must be within dates authorized. One ONE CALENDAR MONTH per line unless the amount due is the same EVERY month.
Enter the number of units your are requesting per month not to exceed item 42 on the DSHS 14-154/14-159.
Deduct participation if applicable before entering adjusted amount.
Enter the adjusted amount due (per month).

10. EXACTLY as appears on DSHS 14-154/14-159, item 26. Enter last name, first name.

11. Complete 10 only when requesting a second adjusted payment from the same authorization.

12. Check YES or NO for OASI deduction.

COMMENTS OR REASONS FOR ADJUSTMENT

SIGNATURE OF WORKER COMPLETING THE FORM	DATE	TELEPHONE NUMBER
SIGNATURE OF SUPERVISOR		DATE

FOR STATE USE ONLY

Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
SEASONAL CHILD CARE (SCC)

DIVISION OF FRAUD INVESTIGATION (DFI) REFERRAL

TO: DIVISION OF FRAUD INVESTIGATION
ATTN: PATTY BACON
PO BOX 45817
OLYMPIA WA 98504-5817

– – –

FROM: (Agency Name)

Contact Name:

Contact Telephone Number:

CLIENT NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE OF BIRTH
ADDRESS		TELEPHONE NUMBER (WITH AREA CODE)

CASE STATUS	RECEIVED SEASONAL CHILD CARE
☐ Active ☐ Closed; date closed: _____	From: _____ To: _____

DOCUMENTS

- ☐ Rights and Responsibilities _____
- ☐ Client statement(s) _____
- ☐ Social service forms _____
- ☐ All documents submitted by family _____
- ☐ Picture identification _____
- ☐ Child Care Plan _____
- ☐ Other (specify and date) _____
- ☐ Case Notes (SERS) _____

COMMENTS

DFI INVESTIGATOR	DATE