

SUPLEMENTO PARA PERSONA A CARGO DE CUIDADO INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD CARETAKER SUPPLEMENT (CTS) - INSTRUCTIONS FOR APPLICATION

Esta solicitud debe ser usada por padres que reciben *Supplemental Security Income* (Ingreso de Seguridad Suplemental) que están viviendo con y cuidando de sus hijos menores, y que tienen ingreso y activos limitados. Esta no es una solicitud para *FoodShare*, cuidado infantil (guarderías), *Medicaid*, o *W-2*. Si usted está interesado en solicitar para estos programas de asistencia debe comunicarse con su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu o su agencia *W-2*. Estos programas proveen ayuda a personas o familias con el costo de alimento, el costo de cuidado infantil (guarderías), cuidado médico o bien le ayudan a encontrar un trabajo como parte del *W-2*.

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud o desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, comuníquese con su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu.

Si usted tiene una discapacidad y desea tener acceso a las instrucciones y solicitud en un formato diferente, o lo desea traducido en otro idioma, llame al (608) 266-3356 o (608) 266-2555 TTY. Todos los servicios de traducción son gratis.

COMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Lea las instrucciones por completo antes de llenar la solicitud.
2. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta azul o negra.
3. Llene toda la solicitud. Responda a todas las preguntas. Podría haber un retraso en los beneficios de *Caretaker Supplement (CTS)* (Suplemento para Persona a Cargo de Cuidado) si la solicitud no está completa. Si su solicitud no está completa o usted solicitó elegibilidad retroactiva, su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu lo contactará para más información.
4. Entre información sobre todas las personas que viven en su casa. Si necesita más espacio agregue una segunda hoja.
5. Si usted está embarazada, incluya con su solicitud una nota firmada y fechada de parte de su médico u otro profesional del cuidado de la salud que indique que usted está embarazada y la fecha estimada de dar a luz.
6. Usted podría autorizar a un representante para que solicite por usted. Complete y envíe el formulario *Authorized Representative (HCF-10126)* con su solicitud. Usted puede obtener este formulario llamando a *Member Services* (Servicios al Cliente) al 1-800-362-3002. Este formulario autoriza a un representante a completar y firmar la solicitud por usted. Un Tutor/Guardián legal, conservador, o poder notarial/poder notarial durable autorizado a actual en estos tipos de asuntos podría solicitar en nombre de un individuo sin una autorización por separada del individuo.
7. Escriba todas las fechas usando el formato mes/día/año. Por ejemplo: 08/31/2004.
8. Adjunte una hoja adicional de papel si usted necesita más espacio para proveer la información requerida.

INFORMACION IMPORTANTE

Lo siguiente es información importante sobre la elegibilidad del *Caretaker Supplement*.

- La fecha de su solicitud es la fecha en que su solicitud es recibida por su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu. La solicitud debe incluir por lo menos su nombre, dirección y firma. Le será enviada una decisión sobre su elegibilidad para CTS dentro de los 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Los formularios que no estén firmados no serán procesados y serán devueltos.
- Sus derechos y deberes son proveídos en la sección XI. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos y deberes comuníquese con su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu.
- Si usted es elegible para CTS necesitará completar una revisión cada 6 meses para determinar elegibilidad. Cambios en sus ingresos o en la composición de su hogar necesitan ser informados a su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu dentro de los 10 días en que ocurrió el cambio.

SECCION I – Información sobre el cliente

Nombre de la Persona Solicitando CTS

Entre su apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre.

Número de Teléfono

Entre los 10 dígitos de su número de teléfono (incluya código de área, por ejemplo (608) 292-4021).

Dirección

Entre su dirección, ciudad, estado y código postal.

Dirección donde enviar correspondencia

Entre la dirección donde le gustaría que se le envíe información con relación a su CTS. Esta podría ser su dirección actual o la dirección actual de su representante autorizado.

SECCION II – Información General

La elegibilidad para *Caretaker Supplement* será basada en los miembros de su familia que estén viviendo en su casa. Complete esta sección para todos miembros que estén viviendo en su casa.

Nombre

Entre apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de todos los miembros de su familia que estén viviendo en su casa. Esto podría incluirlo a usted, su cónyuge, padre, madre, hijos e hijastros, etc.

Número de Social Security

Entre número de *Social Security (SSN)* para cada miembro de su hogar que esté solicitando CTS. Si alguien en su casa que no está solicitando CTS no tiene que proveer SSN para esa persona.

Proveer o solicitar un número de SSN es voluntario; sin embargo cualquier persona que quiera CTS pero no que quiera proveer su número de SSN o solicitar uno no será elegible para beneficios.

La información sobre el número de *Social Security* será usada para la administración directa del programa CTS. Su SSN permite una verificación computarizada de su información con agencias gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, *Social Security Administration (SSA)* y el *Department of Workforce Development*.

Su SSN no será compartido con el *U.S Citizenship and Immigration Service (USCIS)*.

Fecha de Nacimiento

Entre la fecha de nacimiento de todos los miembros de su hogar.

Genero

Encierre con un círculo la letra "M" para cada miembro de su hogar del género masculino. Encierre con un círculo la letra "F" para cada miembro de su hogar del género femenino.

Estado Civil

Entre el código que mejor describa el estado civil de cada miembro de su hogar en el espacio proveído.

- A = Anulado
- D = Divorciado(a)
- LS = Legalmente Separado(a)
- M = Casado(a)
- S = Separado(a)
- N = Nunca se ha casado
- W = Viudo(a)

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos?

Marque "Sí" para cada miembro de su hogar que sea ciudadano de los Estados Unidos. Marque "No" para cada miembro de su hogar que no sea ciudadano de los Estados Unidos. Si usted marca "No" para algún miembro de su hogar solicitando CTS, envíe una copia de ambos lados de su documentación de inmigración con esta solicitud. La información podría ser enviada al USCIS para verificación de aquellos que estén solicitando para estos programas.

Si alguien en su hogar no está solicitando CTS usted no necesita proveer prueba de estado de inmigración para esa persona.

¿Cuál es su raza u origen étnico? (Opcional)

Entre el código o los códigos que mejor describan la raza u origen étnico de cada miembro de su hogar. Esta información es voluntaria y no será usada para determinar elegibilidad.

- A = Asiático
- B = Negro
- H = Hispano de origen
- I = Indio Americano / Esquimal
- P = Nativo de Hawai o de las Islas Pacifica
- S = Sureste de Asia
- W = Blanco

Parentesco con el Solicitante

Entre el parentesco con el solicitante para cada persona enlistada.

SECCION III – Información sobre Padre/Madre Ausente

Un requisito para la elegibilidad de CTS es la cooperación con la identificación de padres que estén ausentes del hogar. Si hay una razón por la que usted no quiere proveer esta información sobre un padre/madre ausente, deje esta sección en blanco.

Si esta sección es dejada en blanco, usted será contactado por su departamento local de servicios sociales o humanos de su condado / tribu para información adicional.

¿Tiene algún niño un padre/madre biológico o adoptivo que no está viviendo en la casa?

Marque "Sí" si algún niño tiene un padre/madre biológico o adoptivo que no está viviendo en la casa. Si marcó "Sí", complete toda la sección III.

Marque "No" si los niños que viven en la casa tienen ambos padres biológicos o adoptivos viviendo en la casa. Si usted marcó "No", vaya a la Sección IV.

Nombre

Entre el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de cualquier padre/madre que esté ausente del hogar.

Número de Social Security

Entre el número de *Social Security* (SSN) del padre/madre ausente, si lo sabe. Si este espacio es dejado en blanco, usted será contactado por su agencia local de servicios sociales o humanos de su condado / tribu para información adicional.

Fecha de Nacimiento

Entre la fecha de nacimiento del padre/madre ausente, si la sabe. Cuando entre la fecha de nacimiento, use el número que corresponde al mes, día y año.

Nombre(s) de Hijo(s)

Entre apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre del hijo(s) de este padre/madre ausente.

Parentesco con el Niño

Marque "Madre" o "Padre" para indicar el parentesco del padre/madre ausente con los niños enlistados.

Razón de la Ausencia del Padre/Madre

Escriba la razón por la cual el padre/madre no vive en la casa. (Por ejemplo, divorciado, separado, no están casados, no lo puede localizar.)

Fecha en que Padre/Madre dejó la Casa

Entre la fecha que el padre/madre ausente dejó el hogar, si la sabe.

Fecha del ultimo contacto con Padre/Madre

Entre la fecha del último contacto con padre/madre ausente.

Orden del Tribunal de Divorcio o Paternidad

Si hay una orden del tribunal de divorcio o paternidad, entre el número del caso, condado, y estado para la orden que fue emitida.

SECCION IV – Trabajo

El CTS será basado en el ingreso total de su familia (incluyendo niños menores de edad).

Entre el monto bruto mensual que espera tener en este mes y en el próximo mes para cada miembro de su casa.

¿Está usted o cualquier otro miembro de la casa trabajando?

Marque “Sí” si algún miembro de su casa está trabajando y complete el resto de la Sección IV. Marque “No” si nadie en su casa está trabajando, y vaya a la Sección V.

¿Es alguna de las personas enlistadas en la sección IV un trabajador migrante?

Marque “Sí” si algún miembro de su hogar es un trabajador migrante y complete el resto de la sección IV. Marque “No” si nadie en su casa es un trabajador migrante.

Nombre Cada Persona Empleada

Entre el apellido y el nombre de cada miembro del hogar que esté empleado.

Nombre del Empleador, Dirección y Número de Teléfono

Entre el nombre de la compañía de trabajo, dirección y número de teléfono para cada miembro de su casa que esté empleado.

Fecha en que Comenzó a Trabajar

Entre la fecha en que cada miembro de su casa, que esté empleado, comenzó a trabajar.

Monto Bruto Mensual Ganado que Espera este Mes

Entre el monto bruto mensual ganado que espera (antes de impuestos y reducciones) tener este mes para cada miembro de su casa que esté empleado.

Monto Bruto Mensual Ganado que Espera el Próximo Mes

Entre el monto bruto mensual ganado que espera (antes de impuestos y reducciones) para el próximo mes por cada miembro de su casa que esté empleado.

SECCION V – Trabajador Independiente

¿Es usted o algún miembro de la casa un trabajador independiente?

Marque “Sí” si usted o cualquier miembro de la casa es un trabajador independiente. Si marcó “Sí” complete el resto de la Sección V. Enliste las cantidades que usted reportó al IRS en sus formularios de impuestos. Si usted no reportó impuestos el año pasado, deje en blanco las casillas para el ingreso neto anual y depreciación. Su agencia de servicios sociales o humanos de su condado/tribu le contactara para más información.

Si nadie en su casa es un trabajador independiente marque “No” y continúe en la Sección VI.

Trabajador Independiente

Entre apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre para cada persona en la casa que sea un trabajador independiente.

Nombre y Dirección del Negocio

Entre el nombre y la dirección del negocio para cada persona en la casa que sea un trabajador independiente.

Tipo de Negocio

Entre el tipo de negocio para cada persona en la casa que sea un trabajador independiente.

Ingreso Neto Anual

Entre el ingreso neto anual para cada persona en la casa que sea un trabajador independiente. Enliste las cantidades que reportó al IRS en sus formularios de impuestos. Si usted no reportó ningún impuesto el año pasado, deje esta casilla en blanco. Su agencia local de servicios sociales o humanos de su condado/tribu le contactara para más información.

Cantidad de Depreciación Reclamada

Enliste las cantidades que reportó al IRS en sus formularios de impuestos. Si usted no reportó impuestos el año pasado, deje esta casilla en blanco. Su agencia local de servicios sociales o humanos de su condado/tribu le contactara para más información.

Ingreso que usted espera ganar este año

Entre la cantidad de ingreso bruto anual (antes de impuesto y deducciones) para cada persona en la casa que sea un trabajador independiente.

SECCION VI – Ingresos no Salariales

Otro tipo de ingreso

Marque "Sí" si alguien en su casa recibe ingreso no salarial. Marque "No" si los que viven en su casa no reciben ingreso no salarial. Si su respuesta es "Sí" complete Sección VI por cada tipo de ingreso.

Nombre

Entre el nombre de la persona para los tipos de ingresos que fueron marcados "Sí".

Monto Bruto Mensual

Entre el monto bruto mensual recibido por cada tipo de ingreso marcado "Sí".

SECCION VII – Activos

Nombre

Entre el nombre de la persona dueña del tipo de activo mencionado.

Valor Actual

Entre el valor actual del activo.

Descripción

Dé una descripción del activo. Por ejemplo; para una cuenta de cheques, el nombre del banco o institución financiera, el número de cuenta, etc.

SECCION VIII – Vehículos

Tipo de Vehículo

Entre el tipo de vehículo. Incluya todos los vehículos que están a nombre suyo y de otra persona.

Año, Marca y Modelo del Vehículo

Entre el año, tipo y modelo del vehículo.

Nombre del Dueño

Entre el nombre del dueño del vehículo. Si el vehiculo está a nombre de más de una persona, enliste los nombres de todos los dueños.

¿Cuánto se debe todavía en este vehículo?

Si aún debe dinero en este vehículo, escriba la cantidad que todavía se debe.

¿Se usa este vehículo para ir a citas médicas?

Marque "Sí" si este vehículo es usado para ir a citas médicas. Marque "No" si usted no usa el vehículo para ir a citas médicas.

¿Se usa este vehículo para trabajo, entrenamiento, escuela, trabajo de granja?

Marque "Sí" si este vehículo es usado para trabajo, entrenamiento, escuela, o trabajo de granja. Marque "No" si no es usado para trabajo, entrenamiento, escuela, o trabajo de granja.

SECCION IX – Sustento de Menores

¿Paga alguien por sustento de menores?

Marque "Sí" si alguien en su casa paga por sustento de menores. Marque "No" si nadie en su casa paga por sustento de menores.

Si usted marcó "Sí" responda a las preguntas que están a la derecha de la casilla Sí/No. Si usted marcó "No" vaya a la Sección XI.

¿Quién paga el sustento de menores?

Entre el nombre de la persona en su hogar que paga por sustento de menores.

¿Quién recibe los pagos de sustento de menores?

Entre el nombre de la persona que recibe el pago de sustento de menores. (Este no debe ser el nombre del padre/madre ausente.)

Cantidad Anual

Entre la cantidad anual que es pagada o recibida por sustento de menores.

SECCION X - Embarazo

¿Está algún miembro de su hogar embarazada?

Marque "Sí" si alguien en su casa está embarazada. Marque "No" si no hay nadie embarazada en su casa.

Si usted marcó "Sí" responda a las preguntas que están a la derecha de la casilla Sí/No. Si usted marcó "No" vaya a la Sección XI.

Nombre de la Mujer Embarazada

Entre el primer nombre y el apellido de la mujer(es) embarazada en su hogar.

Fecha estimada de dar a luz

Entre la fecha(s) estimada de dar a luz de la mujer(es) embarazada en su hogar. (Por ejemplo, si la fecha estimada de dar a luz es el 3 de abril del 2003 usted entrará 04/03/03 en el espacio proveído.) Usted necesitará proveer verificación de un profesional médico sobre su embarazo/los embarazos y sobre la fecha(s) estimada de dar a la luz a su departamento de servicios sociales o humanos de su condado/tribu.

¿Se espera el nacimiento de múltiples bebés?

Entre "Sí" si se espera el nacimiento de múltiples bebés. Entre "No" si no se espera el nacimiento de múltiples bebés. Si usted marcó "Sí" entre el número de bebés que se espera.

SECCION XI – Derechos y Deberes

Lea todo sus Derechos y Deberes. Marque cada casilla que indique que usted los ha leído y los ha entendido.

Su firma en la solicitud significa que usted entiende y reconoce que la agencia de servicios sociales o humanos de su condado/tribu, la agencia del W-2 y el *Department of Health Services* del estado están autorizados a solicitar información que sea apropiada y necesaria para la administración adecuada de su programa *Caretaker Supplement* autorizada bajo la ley de Wisconsin.

Usted tiene derecho a solicitar para los beneficios de CTS para cualquier mes en el que usted recibió SSI y que no recibió los beneficios del W-2.

SUS DEBERES:

- Usted tiene que cooperar con la agencia de sustento de menores.
- Usted es responsable de obtener un número de *Social Security* para su hijo o hijos.
- Usted es responsable de informar al trabajador de la agencia, dentro de 10 días, sobre cualquier cambio en el ingreso, activos u otras circunstancias en el hogar que podrían afectar su elegibilidad. Si un niño(s) incluido en el grupo del *Caretaker Supplement* no está/están más bajo su cuidado y tutela, usted lo debe informar dentro de cinco (5) días.

Use el formulario "*Change Report*" (Informe de Cambio) que usted obtiene cuando hace una solicitud, llame a su trabajador, o informe el cambio en persona.

Usted también debe informar:

- Cuando sea que alguien en su hogar comience a recibir SSI o pare de recibir SSI.
- Cuando alguien en su hogar cumpla 18 años, se gradúa de bachillerato, obtiene un GED, o deja la escuela.
- Cuando su medio de ingreso cambie.
- Cuando alguien se muda dentro o fuera del hogar. Si un niño(s) incluido en el grupo del *Caretaker Supplement* no está/están más bajo su cuidado y tutela, usted lo debe informar dentro de cinco (5) días.
- Cuando cualquier persona en su hogar tiene un cambio en las ganancias de trabajo.
- Cuando el ingreso no salarial de su hogar, dinero en efectivo, cuentas de cheques o de ahorros, acciones, bonos u otros activos cambien.
- Cuando el total de los activos de sus hijos pase de los \$1000.
- Cuando alguien en su hogar se case, divorcie, quede embarazada o de a luz.
- Cuando sus gastos de guardería o de cuidado dependiente cambien.
- Cuando su dirección cambie.
- Cuando usted o alguien en su hogar recibe un pago por una gran suma de dinero, herencia, pago imprevisto, beneficios retroactivos tales como *Social Security* o *Unemployment Insurance* (Seguro de Desempleo). Usted podría no ser elegible para CTS por un periodo de tiempo si usted recibe un pago por una gran suma de dinero. No gaste este dinero hasta no haber contactado a su trabajador para averiguar si habrá un periodo de tiempo en el cual usted debe usar este dinero para cubrir sus gastos de costo de vida actuales.
- Cualquier otro cambio que afecte su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios.

Usted tiene el derecho de apelar cualquier acción tomada concerniente a su solicitud de *Caretaker Supplement* o a los beneficios continuos con la que usted no esté de acuerdo por medio a la solicitud de una Audiencia Imparcial. Usted podría solicitar una Audiencia Imparcial escribiendo a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875 O llamando al: (608) 266-7709

Usted también podría comunicarse con su agencia local de servicios sociales o humanos de su condado/tribu y pedir una Audiencia Imparcial verbal o por escrito.

El *Department of Health Services (DHS)* es una agencia que ofrece las mismas oportunidades de empleo y servicios a todos. Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-3465 (voz) o al (608) 266-2555 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación comuníquese con:

- Wisconsin Department of Health Services (DHS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson Street, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Teléfono: (608) 266-9372 (voz); (608) 266-5555 (TTY)
Fax: (608) 267-2147
- U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue; Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o (312) 353-5693 (TTY)

LISTA DE COMPROBACIÓN

- ¿Está completa la solicitud?
- Si usted es un ciudadano de los Estados Unidos, ¿incluyó usted una copia de ambos lados de sus documentos de estado de inmigración?
- Si usted está embarazada, ¿incluyó usted una nota firmada y fechada de parte de su médico u otro profesional de cuidado de la salud que indique que usted está embarazada y la fecha estimada de usted dar a luz?
- ¿Leyó usted la sección Derechos y Deberes?
- ¿Firmó y fechó usted el formulario de solicitud?
- Si usted está actuando en nombre del solicitante, ¿incluyó usted el formulario (HCF-10126) *Authorized Representative* (Representante Autorizado)?

Envíe la solicitud completa a su agencia local de servicios sociales y humanos de su condado/tribu, a la agencia W-2 o en sitio de *outstation* de *Medicaid*. Puede encontrar las direcciones de las agencias/tribus de su condado visitando a: <http://dhs.wisconsin.gov/em/imagencias/index.htm> o llamando al Member Services (Servicios al Cliente) de *Medicaid* al 1-800-362-3002.

OTRAS INFORMACIONES SOBRE EL PROGRAMA

Si usted está interesado en servicios para veteranos, llame al 1-800-947-8347 (WIS-VETS), o comuníquese con su *Veteran Service Officer*.

Para información sobre los servicios del programa de nutrición *Women, Infants, and Children (WIC)*, llame al 1-800-722-2295.