

## SUPLEMENTO PARA CUIDADORES INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD (CARETAKER SUPPLEMENT INSTRUCTIONS FOR APPLICATION)

El Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores, CTS) de Wisconsin es un beneficio en efectivo al que pueden acceder los padres que perciben asistencia de Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI). Sólo se abona en efectivo a los progenitores que viven con sus hijos menores y se ocupan de ellos, y que tienen ingresos y bienes limitados. El Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores) no es un beneficio de Medicaid; **no** se trata de una solicitud para FoodShare, Medicaid o los programas de asistencia para el cuidado infantil o W-2. Encontrará más información sobre cómo solicitar estos programas en la página web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), que puede consultar en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/apply.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/apply.htm).

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea que resolvamos sus dudas en persona o por teléfono, póngase en contacto con la agencia local de su condado o tribu. Localice su agencia local en la página [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

Si tiene alguna discapacidad y necesita las instrucciones y la solicitud en un formato alternativo o traducirlas a otro idioma, póngase en contacto con el Servicio para Miembros llamando al 800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

### ¿CÓMO USAR ESTE FORMULARIO?

1. Lea las instrucciones en su totalidad antes de llenar la solicitud.
2. Llene en el formulario en su computadora o imprímalo y llénelo a mano utilizando tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud por completo. En caso de no llenarla por completo, puede generarse un retraso al recibir los beneficios del CTS. Si su solicitud no está completa o si solicitó la elegibilidad retroactiva, su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para obtener más información.
4. Ingrese la información de todas las personas que viven en su hogar. Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.
5. Si alguna persona dentro de su hogar está embarazada, adjunte a su solicitud una carta firmada y fechada por el médico u otro profesional de la salud en la que se confirme el embarazo y se indique la fecha prevista del parto.
6. Puede autorizar a un representante para que presente la solicitud en su nombre. Complete y envíe el formulario de Authorized Representative (representante autorizado, F-10126) junto con su solicitud. Para obtener este formulario, comuníquese al Servicio para Miembros al 800-362-3002. Este formulario autoriza a un representante para que llene y firme la solicitud en su nombre. Un tutor legal, un custodio o un apoderado/apoderado autorizado y con poder para el caso de incapacidad del poderdante y para actuar en este tipo de asuntos puede presentar la solicitud en nombre de una persona sin necesidad de que ésta lo autorice de manera específica.
7. Escriba todas las fechas utilizando el formato MM/DD/AAAA. Por ejemplo: 08/31/2022.
8. Si necesita más espacio para facilitar la información requerida, adjunte una hoja adicional.

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

A continuación, encontrará información importante sobre la elegibilidad para percibir el Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores).

- La fecha de su solicitud es la fecha en que la recibe la [agencia local del condado o tribal](#). La solicitud debe incluir al menos su nombre, dirección y firma. En un plazo de 30 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud, se le enviará por correo el dictamen sobre su elegibilidad para el CTS. Los formularios sin firmar no se tramitarán y serán devueltos.

- Sus derechos y responsabilidades figuran en la Sección 10. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades, póngase en contacto con la agencia [local de su condado o tribu](#).
- Si se determina que usted cumple los requisitos para recibir el CTS, deberá realizar una revisión cada 12 meses para determinar su elegibilidad. Debe comunicar todo cambio en sus ingresos o en su hogar a la [agencia local del condado o tribal](#) en un plazo de 10 días a partir de que suceda dicho cambio.

## SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL CLIENTE

### Nombre de la persona que solicita el Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores).

Ingrese su apellido, nombre e inicial del segundo nombre.

### Número de teléfono

Ingrese su número de teléfono a 10 dígitos (incluya el prefijo, por ejemplo (608) 292-4021).

### Dirección

Ingrese su domicilio como calle, ciudad, estado y código postal.

### Dirección postal

Ingrese la dirección postal a la que desea que se le envíe la información relativa a su CTS. Puede ser su dirección actual o la de su representante autorizado.

## SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN GENERAL

El criterio de elegibilidad para recibir el Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores) se determina en función de los miembros de la familia que vivan en su hogar. Llene esta sección de la solicitud con todos los miembros de la familia que viven en su hogar.

### Nombre

Ingrese los apellidos, el nombre y la inicial del segundo nombre de todos los miembros de la familia que viven en su hogar. Esto puede incluirlo a usted mismo, a su cónyuge, padre, madre, hijos o hijos adoptivos, entre otros.

### Social Security Number (Número de Seguro Social)

Ingrese el Social Security Number (Número de Seguridad Social, SSN) de todos los miembros de su hogar que soliciten el CTS. Si algún miembro de su hogar no solicita el CTS, no es necesario que facilite los datos del SSN de esa persona.

Proporcionar o solicitar un SSN es voluntario; sin embargo, cualquier persona que desee beneficiarse del CTS pero no quiera proporcionar su SSN o solicitarlo no podrá acceder a los beneficios.

La información del Social Security Number (Número de Seguridad Social) se utilizará para la administración directa del programa CTS. Su SSN permite realizar un análisis informático de su información con agencias gubernamentales como el Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos, IRS), la Social Security Administration (Administración del Seguro Social, SSA) y el Department of Workforce Development (Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral).

Su SSN **no** se compartirá con el U.S. Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos, USCIS).

### Fecha de nacimiento

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

### Género

Marque "M" para cada miembro masculino de su hogar. Marque "F" para cada miembro femenino de su hogar.

### Estado civil

Ingrese en el espacio correspondiente el código que mejor describa el estado civil de cada miembro de su hogar.

A = Anulado  
D = Divorciado(a)

LS = Legalmente separado(a)  
 M = Casado(a)  
 S = Separado(a)  
 N = Soltero(a)  
 W = Viudo(a)

### ¿Es usted un ciudadano estadounidense?

Marque "Sí" para cada miembro de su hogar que sea ciudadano estadounidense. Marque "No" para cada miembro de su hogar que no sea ciudadano estadounidense. Si eligió "No" para alguno de los miembros del hogar que solicitan el CTS, presente una copia por ambos lados de la documentación de inmigración con esta solicitud. Puede enviar la información al USCIS para su verificación para aquellos que soliciten estos programas.

Si algún miembro de su familia no solicita el CTS, no es necesario que aporte pruebas de su condición de inmigrante.

### ¿Cuál es su origen racial o étnico? (Opcional)

Ingrese el código o códigos que mejor describan la raza o etnia de cada miembro de su hogar. No tiene que contestar a las preguntas sobre etnia y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a sus beneficios.

#### Etnia

H = Hispano o Latino

#### Raza

A = Asiático

B = Negro/Afroamericano

I = Nativo americano/Nativo de Alaska

P = Hawaiano/de otras islas del Pacífico

W = Blanco

### Relación con el solicitante

Indique la relación de cada persona que aparece en la lista con el solicitante.

## SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE PROGENITOR AUSENTE

Un requisito de elegibilidad del CTS es la cooperación con la identificación de los progenitores ausentes del hogar. Complete esta sección con la mayor exactitud posible para cada padre ausente del hogar. Si por cualquier motivo no desea facilitar información sobre un progenitor ausente, deje esta sección en blanco.

Si deja esta sección en blanco, su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para obtener información adicional.

### ¿Algún menor tiene un progenitor biológico o adoptivo que no viva en casa?

Marque "Sí" si alguno de los menores que viven en su hogar tiene un progenitor biológico o adoptivo que no vive en el hogar. Si eligió "Sí", complete toda la sección 3.

Marque "No" si los menores que se encuentran en su hogar viven en el mismo hogar con ambos progenitores biológicos o adoptivos. Si eligió "No", continúe en la sección 4.

#### Nombre

Ingrese el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cualquier progenitor ausente del hogar.

#### Social Security Number (Número de Seguro Social)

Ingrese el Social Security Number (Número de Seguridad Social, SSN) del progenitor ausente, si lo conoce. Si deja esta sección en blanco, su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para obtener información adicional.

#### Fecha de nacimiento

Ingrese la fecha de nacimiento del progenitor ausente, si la conoce. Cuando ingrese la fecha de nacimiento, utilice el número para el mes, el día y el año.

**Nombre(s) del(los) menor(es)**

Ingrese el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cualquier menor o menores del progenitor que esté ausente en el hogar.

**Relación con el menor**

Escriba "Parent," (Progenitor) "Mother," (Madre) o "Father" (Padre) para indicar la relación del progenitor ausente con los hijos que figuran en la lista.

**Motivo de la ausencia del progenitor**

Indique el motivo por el que el progenitor no vive en el hogar. (Por ejemplo, divorciado, separado, no casado, imposible de localizar).

**Fecha en la que el progenitor abandonó el hogar**

Indique la fecha en que el progenitor ausente abandonó el hogar, si se conoce.

**Fecha del último contacto con el progenitor**

Ingrese la fecha del último contacto con el progenitor ausente.

**Orden judicial sobre el divorcio o paternidad**

Si hay una orden judicial de divorcio o paternidad, ingrese el número de caso, el condado y el estado de la orden que se emitió.

**SECCIÓN 4 - EMPLEO**

El Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores) se determina según los ingresos totales de su familia (incluidos los hijos menores de edad).

Indique los ingresos brutos mensuales previstos para el mes en curso y el siguiente por cada miembro de su hogar.

**¿Trabaja usted o algún miembro de su hogar, distinto al trabajo por cuenta propia?**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar trabaja y no es autónomo y complete el resto de la sección 4. Marque "No" si ningún miembro de su hogar trabaja y pase a la Sección 5.

**¿Alguno de las personas enumeradas en la sección 4 es trabajador migrante?**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar es trabajador migrante y complete el resto de la sección 4. Marque "No" si ningún miembro de su hogar es trabajador migrante.

**Nombre de cada persona trabajadora**

Ingrese los apellidos y el nombre de cada miembro de su hogar que tenga empleo.

**Nombre, dirección y número de teléfono del empleador**

Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador de cada miembro de su hogar que tenga empleo.

**Fecha de inicio del trabajo**

Ingrese la fecha de inicio de la relación laboral de cada miembro de su hogar que tenga empleo.

**Ingresos brutos mensuales previstos para este mes**

Indique los ingresos brutos mensuales previstos (antes de impuestos y deducciones) para este mes por cada miembro de su hogar que tenga empleo.

**Ingresos brutos mensuales previstos para el próximo mes**

Indique los ingresos brutos mensuales previstos (antes de impuestos y deducciones) para el próximo mes por cada miembro de su hogar que tenga empleo.

## SECCIÓN 5 - EMPLEO POR CUENTA PROPIA

### ¿Trabaja usted o algún miembro de su hogar por cuenta propia?

Marque "Sí" si usted o algún miembro de su hogar trabaja por cuenta propia. Si eligió "Sí", llene el resto de la sección 5. Anote las cantidades que declaró al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje en blanco las casillas de ingresos anuales netos y depreciación. Su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para más información.

Marque "No" si ningún miembro de su hogar trabaja por cuenta propia y continúe en la sección 6.

### Trabajador autónomo

Ingrese los apellidos, el nombre y la inicial del segundo nombre de cada persona del hogar que trabaje por cuenta propia.

### Nombre y dirección de la empresa

Ingrese el nombre y la dirección de la empresa de cada persona del hogar que trabaje por cuenta propia.

### Tipo de negocio

Ingrese el tipo de negocio de cada persona del hogar que trabaje por cuenta propia.

### Ingreso anual neto

Ingrese el ingreso anual neto de cada persona del hogar que trabaje por cuenta propia. Indique las cantidades declaradas al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje esta casilla en blanco. Su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para más información.

### Cantidad amortizada declarada

Indique las cantidades declaradas al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje esta casilla en blanco. Su [condado local o agencia tribal](#) se pondrá en contacto con usted para más información.

### Ingresos que espera obtener este año

Ingrese la cantidad de los ingresos brutos anuales (antes de impuestos y deducciones) de cada persona dentro del hogar que trabaje por cuenta propia.

## SECCIÓN 6 - INGRESOS DISTINTOS A SALARIOS

### Otro tipo de ingresos

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar recibe ingresos diferentes a salario. Marque "No" si los miembros de su hogar no perciben ingresos diferentes a salario. Si su respuesta es "Sí", complete la sección 6 para cada tipo de ingresos.

### Nombre

Ingrese el nombre de la persona para los tipos de ingresos marcados con "Sí".

### Cantidad bruta mensual

Indique la cantidad bruta mensual percibido por cada tipo de ingresos de los marcados "Sí".

## SECCIÓN 7 - ACTIVOS

### Nombre

Ingrese el nombre de la persona propietaria del tipo de activo enumerado.

### Valor actual

Ingrese el valor actual del activo.

### Descripción

Describa el activo. Por ejemplo, en el caso de una cuenta corriente, indique el nombre del banco o entidad financiera, los números de cuenta, entre otros datos.

## SECCIÓN 8 - INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS

### Tipo de vehículo

Indique el tipo de vehículo. Incluya todos los vehículos que sean propiedad mancomunada con otra persona.

### Año, marca y modelo del vehículo

Ingrese el año, la marca y el modelo del vehículo.

### Nombre del propietario

Indique el nombre del propietario del vehículo. Si el vehículo es de propiedad mancomunada, indique los nombres de todos los propietarios.

### ¿Cuál es la cantidad aun adeudada por el vehículo?

Si todavía debe dinero por este vehículo, indique la cantidad aun adeudada.

### ¿Utiliza este vehículo para acudir a citas médicas?

Marque "Sí" si utiliza este vehículo para acudir a citas médicas. Marque "No" si no utiliza el vehículo para acudir a citas médicas.

### ¿Utiliza este vehículo para el empleo, la capacitación, la escuela o la agricultura?

Marque "Sí" si este vehículo se utiliza para el empleo, la capacitación, la escuela o la agricultura. Marque "No" si este vehículo no se utiliza para el empleo, la capacitación, la escuela o la agricultura.

## SECCIÓN 9 - EMBARAZO

### ¿Hay algún miembro de su familia que esté embarazada?

Marque "Sí" si hay alguna embarazada en su hogar. Marque "No" si no hay ninguna embarazada en su hogar.

Si eligió "Sí", responda a las preguntas que aparecen a la derecha de la casilla SÍ / NO. Si eligió "No", pase a la Sección 10.

### Nombre de la persona embarazada

Ingrese el nombre y los apellidos de todas las personas embarazadas de su hogar.

### Fecha prevista de parto

Indique la(s) fecha(s) prevista(s) de parto de las personas embarazadas de su hogar. (Por ejemplo, si la fecha prevista de parto es el 3 de abril de 2023, Ingrese 04/03/2023 en el espacio proporcionado). Deberá proporcionar al departamento de servicios sociales o humanos de su condado o tribu el control emitido por un profesional médico de cada embarazo y fecha prevista de parto.

## SECCIÓN 10 - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea todos sus Derechos y Responsabilidades. Marque cada casilla para indicar que los ha leído y comprendido.

Su firma en la solicitud significa que usted entiende y reconoce que la [agencia local del condado o tribal](#), la agencia W-2 y el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) estatal están autorizados a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del Caretaker Supplement Program (Programa de Suplemento para Cuidadores) autorizado por la ley de Wisconsin.

**Tiene derecho a** solicitar los beneficios de CTS para cualquier mes en el que perciba SSI y no haya recibido los beneficios W-2.

### SUS RESPONSABILIDADES:

- Debe cooperar con la agencia de manutención de menores.
- Usted es responsable de obtener un Social Security Number (Número de Seguridad Social) para su hijo o hijos.
- Usted es responsable de informar al trabajador de su agencia, en un plazo de 10 días, de cualquier cambio en los ingresos, bienes u otras circunstancias del hogar que puedan afectar a su derecho de elegibilidad. Si alguno de los menores incluidos en su grupo de Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores) deja de estar bajo su cuidado y custodia, debe comunicarlo en un plazo de **cinco (5) días**.

Utilice el formulario "Informe de cambios" que recibe al presenta la solicitud, llame a su trabajador o comunique el cambio en persona.

**También debe informar los siguientes:**

- Siempre que alguien de su hogar empiece a percibir el SSI o deje de percibirlo.
- Cuando algún miembro de su hogar cumpla 18 años, se gradúe de la escuela secundaria, obtenga el diploma GED o abandone sus estudios.
- Cuando cambie la fuente de sus ingresos.
- Cuando alguien se mude dentro o fuera de su hogar. Si uno o varios menores incluidos en su Caretaker Supplement Group (grupo de suplemento para cuidadores) dejan de estar bajo su cuidado y custodia, debe comunicarlo en un plazo de **cinco (5) días**.
- Cuando alguien de su hogar tiene un cambio en los ingresos del trabajo.
- Al cambiar los ingresos diferentes a salarios, el dinero en efectivo, las cuentas corrientes o de ahorro, las acciones, los bonos u otros activos de su hogar.
- Cuando el patrimonio total de sus hijos supere los \$1,000.
- Cuando alguien de su hogar se case, se divorcie, se embarace o dé a luz.
- Cuando cambien sus gastos por cuidado de hijos o dependientes.
- Cuando cambie de domicilio.
- Cuando usted o alguien de su hogar reciba un pago único como una indemnización por daños personales, una herencia, un pago inesperado, beneficios retroactivos como de Social Security (Seguridad Social) o Unemployment Insurance (Seguro de Desempleo). Es posible que no sea elegible para recibir el CTS durante un tiempo si recibe un pago único. No gaste este dinero hasta que se haya puesto en contacto con su trabajador para averiguar si habrá un periodo de tiempo durante el cual deberá utilizar este dinero para hacer frente a los gastos corrientes de manutención.
- Cualquier otro cambio que afecte a su elegibilidad o a la cantidad otorgada en el beneficio.

Tiene derecho a apelar cualquier medida adoptada en relación con su solicitud de Caretaker Supplement (Suplemento para Cuidadores) o con los beneficios en curso con la que no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial. Puede 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

Además, puede contactar a la [agencia local de su condado o tribu](#) y solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito.

El Department of Health Services (Departamento de servicios de salud) es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Para preguntas sobre derechos civiles, llame al 608-267-4955, extensión para sordomudos: 711.

Para presentar un reclamo de discriminación, comuníquese al:

- Wisconsin Department of Health Services  
Civil Rights Coordinator  
1 W. Wilson Street, Room 651  
PO Box 7850  
Madison, WI 53707-7850  
Teléfono: 608-267-4955, extensión para sordomudos: 711  
Fax: 608-267-1434  
[dhscrc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscrc@dhs.wisconsin.gov)
- También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles) de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles), en la página <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Además de por correo o teléfono al:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (Para sordomudos)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Está completa la solicitud?
- Si no es ciudadano estadounidense, ¿adjuntó una copia (por ambos lados) de sus documentos de inmigración?
- Si está embarazada, ¿incluyó una carta con la firma y la fecha estampada por un médico u otro profesional de la salud en la que se indique que está embarazada y la fecha prevista del parto?
- ¿Leyó la sección de derechos y responsabilidades?
- ¿Colocó su firma y fecha en el formulario de solicitud?
- ¿Adjuntó el formulario Authorized Representative (de representante autorizado, F-10126) si representa a un solicitante?

Envíe la solicitud cumplimentada a la [agencia local de su condado o tribu](#). Las direcciones de las [agencias locales del condado o tribu](#) pueden encontrarse en: [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) o poniéndose en contacto con Servicios para Miembros en 800-362-3002.

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROGRAMA

Si está interesado en servicios para veteranos, llame al 1-800-947-8347 (WIS-VETS), o póngase en contacto con el oficial de Servicios a veteranos de su condado.

Para obtener información relacionada con el Programa de Nutrición Women, Infants, and Children (para Mujeres, Bebés y menores, WIC), llame al 1-800-722-2295.

Para obtener información sobre servicios para mujeres, menores y familias, póngase en contacto con la Maternal Child Health Hotline (línea directa de salud materno-infantil) de Wisconsin al 1-800-722-2295.