

DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES

Division of Early Care and Education

Bureau of Child Care Subsidy

Administration

Inscripción para el Cuidado Infantil Wisconsin Shares

WISCONSIN SHARES CHILD CARE REGISTRATION

La información personal que brinde se puede usar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. La fecha de su solicitud de Cuidado Infantil Wisconsin Shares está fijada en la fecha en que la agencia indicada abajo reciba el formulario de Inscripción con su nombre, dirección y firma o en la fecha en que usted realice una entrevista de admisión, lo que ocurra primero. También puede fijar su fecha de solicitud y comenzar el proceso de solicitud de Cuidado Infantil Wisconsin Shares en línea en <https://access.wisconsin.gov/>

Es importante fijar su fecha de solicitud lo antes que pueda. Si se determina que es elegible para asistencia de cuidado infantil, los gastos de cuidado infantil se pueden cubrir retroactivamente hasta la fecha en que la agencia recibió este formulario de Inscripción. Tenga en cuenta que pueden existir otras condiciones que se deben cumplir según la política de Wisconsin Shares que pueden demorar la fecha de inicio de su autorización.

El proceso completo de solicitud, incluida la entrevista de admisión, debe ocurrir antes de que reciba asistencia para el cuidado infantil. Cuando haya completado cada uno de los pasos de elegibilidad, recibirá una notificación por escrito dentro de los 30 días calendarios que le informará si es elegible para la asistencia de Cuidado Infantil Wisconsin Shares.

Cómo usar el formulario de Inscripción

1. Use tinta azul o negra.
2. No escriba en las áreas sombreadas.
3. Si necesita ayuda para completar este formulario de Inscripción, comuníquese con la agencia local indicada abajo. Si necesita que se traduzca a otro idioma o si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en un formato alternativo, comuníquese con la agencia local indicada abajo.
4. Las personas sin hogar no tienen la obligación de verificar un domicilio particular.

Información de la Agencia Local		
Nombre – Agencia	Número de teléfono – Agencia	Fecha en que se recibe este formulario completo en la agencia
Dirección – Agencia (Calle, Ciudad, Código postal)		RFA / Número de caso

Entiendo que al solicitar cuidado infantil, estoy solicitando servicios de apoyo de mantenimiento de menores según el programa estatal title IV-D y que debo cooperar con la agencia de mantenimiento de menores proporcionando información que afecta mi caso y cumpliendo con las citas con la agencia. La información adicional con respecto a las solicitudes de mantenimiento de menores se puede encontrar en <https://dcf.wisconsin.gov/cs/apply>

Inscripción

Nombre – Solicitante		Teléfono – Solicitante (Casa)	
Domicilio particular – Solicitante (Calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social* – Solicitante	Género (marque un casillero) Masculino Femenino		Fecha de nacimiento – Solicitante (mm/dd/aaaa)
FIRMA – Solicitante		Fecha de la firma	

* Proporcionar su propio (padre/madre o persona que toma el lugar de padre/madre) SSN es voluntario. Los números de seguro social y otra información que identifique a la persona se usarán solo para la administración directa de este programa. Se le pedirá que proporcione pruebas de su edad, identidad de todos los miembros de la vivienda, los ingresos de su familia y el estado de ciudadanía de los niños para los que está pidiendo la asistencia de cuidado infantil Wisconsin Shares. Durante el proceso de admisión, tendrá la obligación de brindar el número de seguro social (SSN) de su hijo o demostrar que se ha solicitado.