

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

¿Cómo solicito los servicios de educación para la primera infancia (ECE)?

- Complete la herramienta de evaluación JFS 01121.
- Presente este formulario a **su proveedor**.
- **No presente el formulario** en el Departamento de Educación de Ohio.
- Su proveedor le informará si se encuentra calificado.

¿Cómo solicito los cuidados para niños con financiamiento público?

- Complete la herramienta de evaluación, JFS 01121, y la Solicitud suplementaria para cuidados de niños con financiamiento público JFS 01122; luego, responda tantas preguntas como pueda. **Asegúrese de firmar ambos formularios.**
- Presente los formularios JFS 01121 y JFS 01122 en su agencia del condado local.
- Adjunte las verificaciones al formulario JFS 01122 (consulte los requisitos para verificaciones en la parte inferior).
- Si se requiere mayor información para tomar una decisión acerca de su caso, se le enviará una lista de verificaciones vía correo electrónico dentro de los 10 días de la fecha de su solicitud.
- **Usted tendrá 30 días** a partir de la fecha en que el condado recibe su solicitud para proporcionar toda la información necesaria.

¿Qué tipo de verificaciones necesito para acceder a los cuidados para niños con financiamiento público?

- **Comprobante de ingresos:** la verificación de ingresos incluye, pero no está limitada a, recibos de haberes, registros tributarios, carta de concesión, orden de apoyo infantil, etc.
- **Comprobante de cualquier manutención infantil pagada.**
- **Comprobante de ciudadanía o estado de extranjero documentado para niños que necesiten cuidados:** Si la agencia del condado verifica que usted ya proporcionó el comprobante de ciudadanía para calificar para OWF, no deberá presentarlo por segunda vez.
- **Comprobante de una actividad calificada para todos los cuidadores en el hogar:** La verificación de una actividad calificada incluye, pero no está limitada a, un horario escolar oficial, calendario laboral, verificación laboral, contrato de independencia económica, etc.
- **Proporcione el nombre y la dirección de un proveedor elegible de cuidados para niños seleccionado para cada niño que necesite cuidados. (A continuación, consulte los consejos acerca de cómo elegir un proveedor).**

¿Qué es «Step Up to Quality»?

«Step Up to Quality» ayuda a las familias a identificar los programas de cuidados para niños que superan los estándares mínimos de licencia. Los programas de clasificación por estrellas muestran niveles superiores de calidad de diversas maneras. Para recibir más información, visite el sitio web de cuidado para niños ODJFS en <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> y haga clic en «Step Up To Quality».

¿Cómo elijo un proveedor?

ECE: si desea ver un cuadro de los proveedores de educación de la primera infancia, visite <http://education.ohio.gov/Topics/Early-Learning/Early-Childhood-Education-Grant>.

Cuidados para niños con financiamiento público: Los padres pueden seleccionar cualquier programa aprobado para ofrecer cuidados para niños con financiamiento público. Estos programas incluyen centros, hogares de cuidado de niños en familia y sistemas de apoyo a domicilio ubicados a lo largo del estado de Ohio.

- Si desea recibir asistencia para seleccionar un proveedor de cuidados para niños con financiamiento público, puede comunicarse con su agencia de referencia y proveedor de recursos para el cuidado de niños locales. Visite <http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm> para obtener la información de contacto.
- Puede utilizar el Directorio de cuidados para niños ODJFS para buscar programas que se adapten a las necesidades de cuidados de su hijo(a) en <http://childcaresearch.ohio.gov/>. El directorio le permite buscar por ubicación, tipo de programa, servicios ofrecidos y días y horarios de atención. Se proporciona información acerca de cada programa, incluidas la clasificación de «Step Up to Quality», cualquier acreditación o afiliación adicional, las inspecciones de licenciamiento y las denuncias fundadas.

Continúa en la página siguiente

<p>¿Cuándo comienza mi elegibilidad?</p>	<p>ECE: su proveedor le notificará cuando comience su programa de cuidado.</p> <p>Cuidados para niños con financiamiento público: Su elegibilidad para el programa de cuidados para niños con financiamiento público se determina dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud firmada en el condado. Si la presente solicitud es aprobada y usted es elegible para los beneficios de cuidados para niños, la agencia del condado puede autorizar pagos a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en el condado.</p>
<p>¿Cómo obtengo ayuda para completar esta solicitud?</p>	<p>ECE: si necesita asistencia con esta solicitud, contacte a su proveedor.</p> <p>Cuidados para niños con financiamiento público: Si el idioma inglés no es su lengua materna, la agencia del condado le proporcionará una persona para ayudarlo a comprender las preguntas en la presente solicitud. Si tiene una discapacidad auditiva o visual o se considera discapacitado por alguna otra causa, la agencia del condado le brindará ayuda para completar esta solicitud.</p>
<p>¿Qué ocurre si mi hijo(a) tiene una discapacidad o sospecho que padece un retraso en el desarrollo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para obtener mayor información acerca de los exámenes médicos y servicios de intervención temprana de Medicaid para su hijo(a), sírvase visitar el sitio web de cuidados para niños del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio en http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm y haga clic en «Families». • Cuidados para niños con financiamiento público: Su proveedor de cuidados para niños puede calificar para obtener asistencia adicional, en caso de que deba realizar adaptaciones especiales para su hijo(a). Su proveedor puede comunicarse con su agencia del condado para obtener más información.
<p>¿Cómo realizo un reclamo acerca de un proveedor?</p>	<p>ECE (ODE): si el programa cuenta con la autorización de ODE, llame al 614-466-0224.</p> <p>Cuidados para niños con financiamiento público(ODJFS): Si el programa cuenta con la autorización de ODJFS, llame al 1-877-302-2347, opción 4</p>

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

Cuéntenos acerca de usted (el solicitante)

Nombre		Segundo nombre	Apellido	
Dirección				Fecha de hoy
Ciudad	Estado	Condado	Código postal	
Número de teléfono ()	Número de teléfono adicional ()	Dirección de correo electrónico		

Cuéntenos acerca de las personas en su hogar

Nombre <i>(Nombre, segundo Nombre, apellido)</i>	Relación con usted <i>(cónyuge; hijo(a); amigo; etc.)</i>	Raza	Hispana o latina <i>S o N</i>	Lenguaje oral	Fecha de nacimiento	Sexo <i>M o F</i>	Ciudadano de EE. UU. <i>S o N</i>
	Usted	<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					

Cuéntenos acerca de sus necesidades para su(s) hijo(s)

Hijo(a) 1	Nombre y dirección del proveedor	¿Qué horas/días necesita servicios? (Es decir: cuidado para niños o preescolar). <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i>
Nombre		<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de semana
Apellido de soltera de la madre		¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)		

Necesidades especiales

¿Su hijo(a) necesita cuidado de niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición?
 “Cuidado de niños con necesidades especiales” se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño.

Sí No

Hijo(a) 2	Nombre y dirección del proveedor	¿Qué horas/días necesita servicios? (Cuidado para niños o preescolar). <i>Marque todas las opciones que correspondan</i>
Nombre		<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de semana
Apellido de soltera de la madre		¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)		

Necesidades especiales

¿Su hijo(a) necesita cuidado de niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición?
 “Cuidado de niños con necesidades especiales” se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño.

Sí No

Hijo(a) 3	Nombre y dirección del proveedor	¿Qué horas/días necesita servicios? (Cuidado para niños o preescolar). Marque todas las opciones que correspondan
Nombre		<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de Semana
Apellido de soltera de la madre		¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)		
<p>Necesidades especiales</p> <p>¿Su hijo(a) necesita cuidado de niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición? “Cuidado de niños con necesidades especiales” se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		

Cuéntenos acerca de su situación financiera

¿Usted o las personas que residen en su hogar recibirán ingresos este mes? Sí No

Los ingresos se refieren a todo el dinero que reciben usted y las personas que residen en su hogar, tales como: ganancias procedentes del empleo, manutención infantil/conyugal/médica, beneficios por discapacidad, prestaciones de jubilación, indemnización por accidente laboral, seguro social, seguridad de ingreso suplementario (SSI), beneficios para veteranos, etc.

En caso afirmativo, sírvase completar el cuadro que se encuentra a continuación.

Nombre	Tipo de ingreso	Monto de ingresos (antes de impuestos)	Frecuencia con que lo recibe (por semana, cada dos semanas, etc.)	Última fecha de recepción	Horario laboral o escolar (sírvase brindar una lista de los horarios)
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____

¿Usted o alguien en su hogar realizar pagos por manutención infantil o conyugal? Sí No

¿Cuánto?

Firma del solicitante

Fecha