



Department of Planning & Community & Economic Development

Community Development Division

215 Martin Luther King Jr Blvd, Ste. 300

Mailing Address:

P.O. Box 2627

Madison, Wisconsin 53701-2627

Phone: (608) 266-6520

Fax: (608) 261-9626

www.cityofmadison.com

Child Care
Community Resources
Community Development Block Grant
Madison Senior Center

Estimada familia:

Gracias por contactar a la Ciudad de Madison.

Los primeros pasos del proceso de solicitud son:

Solicitar Wisconsin Shares: Visite <https://access.wi.gov/s/?language=es> para solicitar. Si ya presentó su solicitud, envíenos el resumen completo del caso, incluyendo todas las páginas.

Requisito de residencia: Debe ser residente de Madison. Proporcione un contrato de arrendamiento o hipoteca vigente. (Encuentre información sobre la propiedad aquí: [Información sobre propiedades de la ciudad de Madison](#)). Si recibe asistencia para la vivienda, presente un comprobante.

Verificación de ingresos: Proporcione los ingresos de las últimas seis semanas de todos los adultos que viven en su hogar. Si no trabaja, proporcione comprobante de su fuente de ingresos, como SSI, manutención infantil, pensión alimenticia, etc.

Hogar con un solo adulto: Si solo vive un adulto en el hogar, necesitamos una copia de la orden de manutención infantil o los documentos judiciales de custodia. (Puede acceder a los servicios de manutención infantil aquí: [Manutención de menores de Wisconsin](#)).

Acreditación del proveedor: Su proveedor de cuidado infantil debe estar acreditado por la ciudad. Puede verificarlo aquí: Buscador de Cuidado Infantil: <https://childcarefinder.wisconsin.gov/>

Información adicional: Si hay alguna circunstancia o problema especial que desee que consideremos, por favor, envíenos una breve nota. Si es posible, incluya la documentación de respaldo.

Nota:

- No retrocedemos la financiación ni liquidamos los saldos adeudados a los proveedores.
- Las solicitudes se procesan por orden de llegada.
- El proceso de solicitud puede tardar hasta 6 semanas una vez que recibamos todos los documentos necesarios.

Por favor, revise y complete los formularios a continuación.

Importante: No envíe fotos de los documentos. Envíe los documentos únicamente en formato PDF por fax o correo electrónico.

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a childcareassistance@cityofmadison.com.

Atentamente,

Unidad de Cuidado Infantil



Department of Planning & Community & Economic Development

Community Development Division

215 Martin Luther King Jr Blvd, Ste. 300

Mailing Address:

P.O. Box 2627

Madison, Wisconsin 53701-2627

Phone: (608) 266-6520

Fax: (608) 261-9626

www.cityofmadison.com

APP

Child Care

Community Resources

Community Development Block Grant

Madison Senior Center

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL

INFORMACION DE SOLICITANTE

Nombre de Solicitante (Guardiane)	
☐ Guardiane ☐ Custodia Legal	
Dirección (Numero y Calle, Apt.)	
Ciudad y Código Postal	
Teléfono	
Correo Electrónico	

APUNTA A TODOS DE LA FAMILIA

NOMBRE (GUARDIANE EN LA LINEA DE ARRIBA)	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	¿VIVE EN EL MISMO HOGAR DEL SOLICITANTE?	RELACION AL QUIEN APLICA?
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

INFORMACION DE INGRESOS

APUNTA EL INGRESO EN CADA CATEGORÍA PARA CADA GUARDIANE EN EL HOGAR.

	INGRESO BRUTO MENSUAL DEL SOLICITANTE	Deducciones Permitidas	
Sueldo	\$	Primas de seguro de salud	\$
Sueldo	\$	Primas de seguro dental	\$
Ingreso Neto de Negocio Propio	\$	Primas de seguro de visión	\$
Estampillas de Comida (Food Shares)	\$	Plan médico flexible	\$
Seguro Social	\$	Pagos de manutención infantil	\$
Asistencia Pública (W-2)	\$	Gastos de vivienda	\$
Pensiones & Anualidades	\$	¿Su hijo tiene necesidades especiales? Por favor enumere a continuación. Incluir documentos.	
Desempleo	\$		
Compensación por Incapacidad	\$		
Pensión Alimenticia (no incluye Manutención de niños)	\$		
Pensión de Veteran	\$		
INGRESO FAMILIAR (TOTAL COMBINADO)	\$		

INFORMACION DE EMPLEO Y CAPACITACION

POR FAVOR PROVEE INFORMACIÓN DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN EN ESCUELA O PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

PARA ADULTES (18+) EN EL HOGAR.	
Nombre de quien solicite beneficios	
¿Dónde trabaja? (e.g. Supervisore)	
Escuela/Programa de entrenamiento	
Nombre de quien solicite beneficios	
Empleador y Contacto (e.g. Supervisore)	
Escuela/Programa de entrenamiento	



Department of Planning & Community & Economic Development

Community Development Division

215 Martin Luther King Jr Blvd, Ste. 300

Mailing Address:

P.O. Box 2627

Madison, Wisconsin 53701-2627

Phone: (608) 266-6520

Fax: (608) 261-9626

www.cityofmadison.com

ROI

Child Care
Community Resources
Community Development Block Grant
Madison Senior Center

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL EN LA CIUDAD DE MADISON

SE DEBEN INICIALIZAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES. LAS INICIALES INDICAN QUE USTED ENTIENDE CADA PÁRRAFO

INICIALES

Entiendo que la información de esta solicitud es confidencial.

Entiendo que debo residir en la ciudad de Madison para recibir la ciudad de Madison asistencia de cuidado infantil y debe continuar residiendo en la ciudad de Madison para recibir esa ayuda.

Certifico que la información sobre esta aplicación dada en relación con ella es una verdadera y completa representación de hechos según lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Entiendo que debo proporcionar información correcta. Información incorrecta o falsa es considerar el fraude y sujeto a procesamiento. Si se me encuentra que ha infringido intencionalmente las reglas del programa, mi subsidio para el cuidado infantil será suspendido y se me requerirá que pague los fondos.

Entiendo que estoy obligado a verificar mis ingresos con regularidad y que debo informar a la unidad de cuidado infantil de cualquier cambio dentro de 5 días desde el día en que ocurren. Cambios pueden tomar 6 semanas después de recibir el cambio.

Entiendo que es mi responsabilidad obtener todos los documentos necesarios a la unidad de cuidado infantil en la ciudad de Madison.

Entiendo que estoy obligado a enviar documentos que sean claros y completos. No enviaré fotos ni copiaré y pegaré documentos en el correo electrónico. (Los documentos deben enviarse por fax o como archivos PDF o a través de USPS regular).

Entiendo que puedo acceder a mi caso de acciones de WI a través de access.wisconsin.gov e informar cambios, verificar, renovar beneficios y ver mis cartas.

Entiendo que Servicios Humanos del Condado de Dane no divulgará ninguna información a la Ciudad de Madison. Es mi responsabilidad obtener el documento a la ciudad de Madison.

La falta de devolución de la información solicitada antes de los plazos o la notificación de cualquier cambio puede resultar en retrasos o pérdida de beneficios. Esto también puede incluir que su caso esté cerrado. Puede tomar hasta 6 semanas procesar la solicitud después de que tengamos todos los documentos necesarios.

Le doy a la oficina de servicios comunitarios de la ciudad de Madison el derecho de verificar información sobre esta solicitud.

Esto incluye hablar con mi escuela, centro de entrenamiento, empleador, proveedor de cuidado infantil, etc.

Entiendo que si siento que las reglas de elegibilidad como se indica en la Ordenanza general de Madison 3.12 (9) (g) no han sido aplicadas en mi caso, yo puedo presentar una solicitud de apelación de la decisión solicitando una revisión administrativa por escrito a la oficina dentro de los treinta (30) días de la recepción de la decisión.

He recibido una copia y acepto cumplir con las obligaciones de las familias que reciben asistencia de cuidado infantil de la ciudad de Madison.

Doy permiso a _____ (si es necesario) para compartir información con la unidad de cuidado infantil de la Ciudad de Madison solo durante el proceso de solicitud y revisión.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, el abajo firmante, doy permiso a cualquier agencia o departamento gubernamental (incluyendo la administración de la seguridad social), Community Development Authority (CDA Housing), institución educativa, institución financiera, institución de atención de la salud, empleador, arrendador residencial o cuidado de niños proveedor para liberar a la oficina de servicios comunitarios de la unidad de cuidado infantil de la ciudad de Madison cualquier información concerniente a mi caso, estado financiero, historial médico, dirección actual, registro de salarios o beneficios, y mi uso de agencias y costos asociados incurridos.

ESTA INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CONFIDENCIALIDAD PROFESIONAL.

Nombre del solicitador

→

Firma del solicitador

→

Fecha

→

Este formulario es válido hasta la próxima fecha de revisión.



Department of Planning & Community & Economic Development

Community Development Division

215 Martin Luther King Jr Blvd, Ste. 300

Mailing Address:

P.O. Box 2627

Madison, Wisconsin 53701-2627

Phone: (608) 266-6520

Fax: (608) 261-9626

www.cityofmadison.com

EMP

Child Care

Community Resources

Community Development Block Grant

Madison Senior Center

EMPLOYMENT/PAYROLL VERIFICATION STATEMENT

(THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER/REPRESENTATIVE)

To Whom It May Concern:

The employee indicated below is a candidate for City of Madison Child Care Assistance. In order to determine eligibility we must verify employment information. This information will be use within the bounds of professional confidentiality. As the employer representative, please complete the following information. Fax the completed form to (608) 261-9626. If you have questions, please contact the Child Care Scholarship Coordinator, via e-mail at childcareassistance@cityofmadison.com.

Employee's Name: →

☐ Hire Date	☐ Change in Schedule Date	
End Date		
Number of Hours Scheduled Per Week		
Rate of Pay Per Hour		\$ _____ /per hour
Weekly Work Schedule (e.g. M-F, 8am-4:30 pm)		
Date of (check one) ☐ First ☐ Next Paycheck		
Employee is Paid		☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly
Employee's Medical Insurance Premium		\$ _____ ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly
Employee's Dental Insurance Premium		\$ _____ ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly
Child Support Deduction		\$ _____ ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly

Employer's Name: →

Employer Information	
Employer Identification Number (EIN)	
Address (Street)	
(City, State, Zip)	
Telephone	
E-mail	

Individual Completing This Form

Name	
Position/Title	
Telephone (if different from above)	☐ Same
E-mail (if different from above)	☐ Same

As the employer/employer representative, I certify that the information completed above and given in connection with it is true and a complete representation of facts to the best of my knowledge.

Signature

Date