



\*La aplicación debe estar completa para ser aceptada.

\*La aplicación puede tomar 2-3 semanas.

## Lista de Comprobación de Documentos

Club: \_\_\_\_\_ Person taking Application: \_\_\_\_\_

Club Directors approval: \_\_\_\_\_ Date turned in to Admin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Aplicación completada

\_\_\_\_\_ 30 días de comprobante de pago (Si recibe pago semanalmente necesitamos 4 comprobante de pago. Si recibe pago quincenalmente, necesitamos 2 comprobante de pago. Si recibe pago dos veces al mes, necesitamos 2 comprobante de pago.)

o Formulario de Verificación del Empleo

\_\_\_\_\_ Verificación de manutención (copia de orden/acuerdo/historial de pagos o declaración)

\_\_\_\_\_ Foster Placement Letter/Referral and Foster License (sí aplica)

\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (Si está disponible necesitamos una copia de la tarjeta SSN para su verificación)

\_\_\_\_\_ Certificados de Nacimiento

\_\_\_\_\_ Prueba de ciudadanía Estadounidense para niños

\_\_\_\_\_ Identificación con fotografía (Todos los padres/tutores en el hogar)

\_\_\_\_\_ Comprobante de residencia

\_\_\_\_\_ Contrato de servicio

**\*\*Si el niño tiene más de 13 años pero tiene un IEP, envíe una copia de la primera página del IEP para cobertura de más allá de los 12 años de edad.**

Staff receiving application must initial every line that they received the item or write N/A  
Revised 2018

## Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

*“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”*

### Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

### Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
  - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
  - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
  - Residencia de Nevada;
  - Todos los ingresos;
  - Parentesco de todos los miembros del hogar;
  - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

### Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

### Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

**Información importante** – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

### Acomodaciones especiales

#### Special Accommodations

*Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.*  
This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.



**DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL**  
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

**LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR.** *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

**INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:**

**Origen étnico:** H = Hispano/latino N = No hispano/latino

**Raza:** A-Asiático; B-Negro o afroamericano; I- Indio Americano o Nativo de Alaska; N-Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; W-Blanco

**Estado civil:** S-Soltero; M-Casado; N-Separado; D-Divorciado; W-Viudo

**ADULTOS:**

Nombre legal	Relación a usted	Sexo	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
	Sí mismo							

**NIÑOS (menores de 18 años):**

Nombre legal	Relación a usted	Sexo	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección residencial				Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular			Dirección de correo electrónico			

**Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:**

1. ¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____	
2. ¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____	
3. ¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____	

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ ¿IEP o IFSP actual del niño? \_\_\_\_\_
5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Fecha prevista de regreso: \_\_\_\_\_
6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Fecha prevista del parto: \_\_\_\_\_
7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_
8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de bienes: \_\_\_\_\_
10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 ¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero?  Sí  No
12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños?  Sí  No

Si la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado

**INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES):** Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores

<input type="checkbox"/> 01 – TANF	<input type="checkbox"/> 08 – Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> 15 – WIC	<input type="checkbox"/> 22 – Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/> 02 – SNAP	<input type="checkbox"/> 09 – Seguro de discapacidad temporal	<input type="checkbox"/> 16 – Propinas	<input type="checkbox"/> 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad
<input type="checkbox"/> 03 – Vivienda subvencionada	<input type="checkbox"/> 10 – Dinero para educación/Becas Pell	<input type="checkbox"/> 17 – Dividendos	<input type="checkbox"/> 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes
<input type="checkbox"/> 04 – Pagos de cuidado temporal	<input type="checkbox"/> 11 – Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> 18 – Regalías	<input type="checkbox"/> 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación
<input type="checkbox"/> 05 – Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones o préstamos	<input type="checkbox"/> 19 – Intereses	<input type="checkbox"/> 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación
<input type="checkbox"/> 06 – Dinero en pago único	<input type="checkbox"/> 13 – Retiro ferroviario	<input type="checkbox"/> 20 – Ganancias de juego	<input type="checkbox"/> 27 – Subvenciones de adopción
<input type="checkbox"/> 07 – Asignación militar	<input type="checkbox"/> 14 – Liquidaciones de seguro	<input type="checkbox"/> 21 – Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> 28 – Medicaid

Otro: \_\_\_\_\_

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

**EMPLEO:** Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:
		Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:

**CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN:** Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			
	Nombre: Dirección: Teléfono: ( )			

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:**

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

## PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono: (     )</i>
	<i>Nombre:</i>
	<i>Dirección:</i>
	<i>Teléfono: (     )</i>

### SUS DERECHOS

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente.

Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

### AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del padre legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

**Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.**

---

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo padre o tutor del niño(s)	Fecha
---	-------	---	-------



**BOYS & GIRLS CLUBS  
OF SOUTHERN NEVADA**

The Child Care Subsidy Program provides assistance with the cost of child care to eligible families. Benefits are paid directly to the child care provider of the client's choice while they are in an approved work activity. Benefits are not guaranteed for any family - they are conditional upon the family's ability to qualify for services under the current eligibility guidelines, and the available funding for the service category. Clients accessing the Child Care Subsidy Program must comply with the following guidelines. Failure to do so may result in program disqualification or termination.

Please read this document carefully, as it explains your rights and the expectations of the program while you are receiving Child Care Subsidy benefits.

**Client Responsibilities**

**Required Documentation**

Complete the **Application for Child Care Subsidy** form and provide the following documentation\*:

**\*Note:** Households who meet the definition of "homeless" will be allowed up to 90 days to provide verifications that are not readily available or easily obtainable.

- **Age** - children receiving subsidy must be under age 13;
- **Special Need** -for children who need services from age 13 to age 19;
- **Identification** – required for all countable adult household members;
- **Citizenship** – must be documented for the children being served;
- **Social Security** – proof is requested for all countable household members unless they are an undocumented non-citizen or newborn;
- **Immunizations** – current immunizations are required for all children being served;
- **Relationship** – relationship to the applicant must be established for each child;
- **Custody** – must be established when the minor is not the natural or adopted child of the applicant, or when required to determine the residency of a child member;
- **Residency** – clients must be living in Nevada to be eligible for benefits;
- **Household Composition** – Applicants must document all adult and minor persons living in the home and update their active status within the household. Household composition for the child care unit will be determined by program policy, which may exclude some household members;
- **Income** - all sources of earned and unearned income for all household members must be reported; however, some sources may not count when determining eligibility, in accordance with established guidelines;
- **Purpose of Care** - all countable adult (and minor parent) household members must be participating in an authorized activity, which may include: training, job search, employment, schooling, or other activities approved by the Child Care Subsidy Program management; and
- Provide any other documentation as requested by the Child Care Subsidy Program to substantiate information for program eligibility.

**Reporting Requirements**

Report the following changes to the Child Care Subsidy Program **within 10 calendar days of occurrence**:

- Household composition;
- Residence and/or mailing address;
- Child care provider;
- Schedule changes; and
- A new or increased source of income.

Failure to report these changes timely may result in an overpayment of benefits that will have to be paid back to the Child Care Program.

**Covered Child Care Charges**

**The Child Care Subsidy Program will pay up to the allowable state maximum rate, based on the child's age, the provider type, provider's rate, and location of the facility.**

- Child care payments are made based on the parents' approved schedule for licensed and non-licensed providers when the parent uses only one provider, or the parent uses multiple providers with a set schedule.
- Child care payments are made based on actual attendance when the child attends Before and After School or Wraparound provider, or the parent uses multiple providers with a varied schedule.
- When a household's child care subsidy payment is based on actual attendance, clients are allowed **21 discretionary days** per child, per calendar year, to be used for absences from child care (sick days, holidays or vacation). The use of discretionary days must be authorized and signed off by the client on the approved timesheet.
- The Child Care Subsidy Program will pay for provider registration fees not to exceed the State maximum limit.



**Non Reimbursable Child Care Charges**

- Clients will pay any fees not covered by the Child Care Subsidy Program directly to their child care provider in the timeframe required by the provider (e.g. overages, late charges, school tuition, meals, transportation, clothing items/uniforms).
- Clients are responsible to pay their co-pays directly to their child care provider in accordance with the child care provider's policies. Clients must have a zero co-pay balance or repayment agreement with provider prior to transferring to a new provider.
- Clients will pay all days of child care not authorized on the certificate.

**Utilization of Child Care Services**

- Clients are allowed to enroll with a provider of their choice (within legal and licensing requirements as well as Nevada Division of Welfare & Supportive Services and Child Care Subsidy Program guidelines).
- All clients or authorized representatives must sign the child in and out each day on the Child Care Attendance and Provider Reimbursement Timesheet provided at the child care site.
- The timesheet will also serve as the authorization to use discretionary days, if applicable. Please read the timesheet form for details.
- Clients must sign the timesheet at the end of each month verifying the information is accurate and complete in order for subsidized child care to be paid on the clients' behalf.
- Clients must notify the Child Care Subsidy Program within 10 calendar days of changing to a new provider and/or when the status of the child care changes (provider closed, changed license, etc.). Appropriate paperwork must be completed and approved by the Child Care Subsidy Program before continued child care services are authorized.
- If using an unlicensed (Family, Friend, or Neighbor (FFN)) provider, at no time can the client and the provider have the same residence.

**Termination of Subsidy Benefits**

- Subsidy services may be terminated when clients fail to provide required documentation within the established timeframe.
- Subsidy services will be terminated at the time of re-application or time of discovery when family income exceeds the limits established by the State or when funding is not available.
- Division of Welfare and Supportive Services Quality Control or Investigations & Recovery may review your case as to the accuracy of subsidy benefits paid on your behalf. Failure to cooperate with Quality Control or Investigations & Recovery may result in termination. Additionally, if inaccuracies are found, these may result in an overpayment and/or termination from the subsidy program.

**Overpayments/Intentional Program Violations**

- Clients will be responsible to re-pay funds made to providers that resulted from untimely or inaccurate reporting of information.
- If clients are found guilty of an Intentional Program Violation (IPV), future subsidy benefits are subject to a two (2) step percentage decrease for six (6) months for the first occurrence, and three (3) step percentage decrease for the second occurrence for twelve (12) months, and a third (3) occurrence will result in being permanently ineligible for benefits.

**Client Rights**

**Parents/Guardians of children participating in the child care subsidy program have the right to:**

- Choose a child care provider by enrolling with an eligible legal provider that has an active subsidy agreement with the Child Care Subsidy Program on file or is otherwise eligible through licensure, regulation or registration.
- Have unlimited access to the children and to the provider caring for the children during the provider's normal hours of operation and whenever the children are in the provider's care.
- Receive information about all client options and other policies and practices which relate to child care services, including any applicable licensing/regulatory requirements and complaint procedures.
- Make oral and written complaints regarding any child care provider and to review information regarding substantiated provider complaints.
- Appeal decisions related to denial or termination of program services with the exception of mass changes made by the Nevada State Division of Welfare and Supportive Services or end of certification periods.

By signing this document, I understand if I make false or misleading statements, conceal or withhold facts to establish or maintain program eligibility, my benefits may be reduced, denied, or terminated and I may be disqualified from program participation, criminally prosecuted, or otherwise penalized according to state and federal law.

\_\_\_\_\_  
Client Name

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Spouse/Co-Applicant Name

\_\_\_\_\_  
Spouse/Co-Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Date



2850 Lindell Rd.  
Las Vegas, NV 89146  
702-253-2813  
702-367-9522 fax

Employers Name and Address

Date \_\_\_\_\_  
Parents Name \_\_\_\_\_  
SSN \_\_\_\_\_

Authorization: I authorize you to release to the Boys & Girls Clubs of Henderson the requested information.

Parents signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Employment Verification**

The Boys & Girls Club of Southern Nevada is required to verify the income, employment status and scheduled work hours for members of families applying for subsidized child care services. Please provide the information for each of the items listed below and return to the above address. If our identifying information (name, Social Security Number or address) does not agree with your records, please indicate the change.

RE: \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_

Employee's Address \_\_\_\_\_

1. Date hired: \_\_\_\_\_ Date started work if different than hire date: \_\_\_\_\_

2. Current Rate of Pay \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ hour \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ week \_\_\_\_\_ month \_\_\_\_\_ year \_\_\_\_\_

3. How many hours do you anticipate the employee working per week? \_\_\_\_\_

4. How often is/ was paycheck issued?  daily  weekly  bi-weekly  semi-monthly  monthly  
What day of the week are regular paydays? \_\_\_\_\_ Date of first paycheck: \_\_\_\_\_

5. Does this employee work overtime? Yes No Estimated hours \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

6. Does this employee receive commissions? Yes No Estimated amount \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

7. Will "tips" be received? Yes No Estimated Amount \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

8. Will bonuses be received? Yes No Estimated Amount \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

9. If the employee has a set schedule, please indicate which days the employee is scheduled to work:  
Mon. Tues. Wed. Thurs. Fri. Sat. Sun.

If the employee has a varied schedule, what is the maximum number of scheduled days per week? \_\_\_\_\_

10. Normal Shift hours: From: \_\_\_\_\_ a.m. p.m. To: \_\_\_\_\_ a.m. p.m.

11. Do you expect any changes in the number of hours or rate of pay in the next six months? Yes No  
If yes, please explain anticipated changes: \_\_\_\_\_

12. Does your company provide any assistance with child care costs for the employee? Yes No  
If yes, how much? \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

13. If this individual is **NOT** working for you at this time, please complete the following dates, if applicable.  
Fired: \_\_\_\_\_ Leave of absence: \_\_\_\_\_ Date of final check? \_\_\_\_\_  
Quit: \_\_\_\_\_ Expected date of return: \_\_\_\_\_ Gross Amount: \$ \_\_\_\_\_

Signature of Employer Representative \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/RECIPIENTE O OTRA PERSONA

Nombre de la persona hacienda la declaración:

---

Relación con el solicitante/ recipiente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sé que debo dar información completa y precisa. Entiendo que si no lo hago, mis beneficios pueden se reducidos, terminados, o puedo ser multado y / o procesado penalmente.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son verdaderas, correctas y completas a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Culdad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal