

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LA AGENCIA DELEGADA - DELEGATE AGENCY ENROLLMENT FORM

Programa/Lugar Solicitado _____

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO DE CADA PERSONA QUE ACTUALMENTE VIVE EN LA CASA CON USTED, AÚN SI CONSIDERA QUE ESA PERSONA ES O NO ES MIEMBRO DEL HOGAR.

CÓDIGOS: Raza: H = Hispano/Latino N = No-Hispano/Latino

Etnicidad: A-Asiático; B-Áfrico Americano; H-Hispano o Latino; I-Indígena Nativo o Nativo de Alaska; N-Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico; W-Blanco o Anglosajón; O-Otro

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

ADULTOS:

Nombre Legal Completo	Relación que tiene con usted	S E X O	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza	Etnicidad	Estado Civil
	Usted						

NIÑOS (menor de 18 años de edad)

*Necesita cuidado en el programa por el cual solicita aquí

Nombre Completo	Relación que tiene con usted	S E X O	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano o Residente Legal de EE.UU.?	¿Tiene las vacunas actualizadas?	Número de Seguro Social	Raza	Etnicidad	¿Necesidad de Cuidado?*
				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 <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 <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 <input type="checkbox"/>
Dirección de la Casa			Ciudad		Estado		Código Postal		
Dirección en la cual recibe correspondencia postal			Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono		Teléfono Alternativo:		Dirección Electrónica (E-mail)					
Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		

EMPLEO: Por favor escriba el empleador actual de cada adulto. Este incluye empleo propio, actividades como voluntario y otros.

Miembro de Hogar	Dirección y Numero de Teléfono del Empleo	Tarifa de pago	Horas por Semana	Frecuencia de pago
	Nombre: Dirección: Número de Teléfono:	\$ per hora	Horas/semana	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual
	Nombre: Dirección: Número de Teléfono:	\$ per hora	Horas/semana	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual

Entrenamiento/Educación: Por favor complete la siguiente información correspondiente a cualquier adulto que está participando en un programa de entrenamiento o asistiendo a la escuela. Además, por favor proporcione verificación referente al horario.

Nombre del Estudiante	Nombre del Lugar del Entrenamiento	Dirección del Sitio de Entrenamiento	Horario

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:

1. **¿Esta su familia sin hogar** (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)? Si No
Si la respuesta es Si, por favor explique: : _____
2. **¿Algún miembro de su hogar esta en las Fuerzas Armadas?** Si No
Si la respuesta es Si, nombre: _____ Servicio activo o en la reserva? _____
3. **¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales?** Si No
Si la respuesta es Si, Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
4. **¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)?** Si No
Si la respuesta es Si, nombre: _____ Tipo de bienes: _____
5. **¿Viven en la residencia ambos padres de los niños?** Si No
Si la respuesta es No, favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted.

Nombre del Niño	Nombre y dirección del padre que no reside en el hogar	¿Recibe manutención del niños	Frecuencia	Cantidad	¿Por qué medio la recibe?
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado

OTROS INGRESOS DEL HOGAR: Todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 – TANF | <input type="checkbox"/> 09 – Seguro Discapacidad Temporal | <input type="checkbox"/> 15 – Propinas | <input type="checkbox"/> 23 – *Ingreso de Seguro Suplemental |
| <input type="checkbox"/> 02 – *SNAP(Estampillas - Alimento) | <input type="checkbox"/> 10 – *Asistencia Educacional por Fondos Becarios Pell | <input type="checkbox"/> 16 – Préstamos | <input type="checkbox"/> 24 – Seguro Social por Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> 03 – *Asistencia de Vivienda | <input type="checkbox"/> 11 – Desempleo | <input type="checkbox"/> 17 – Dividendos | <input type="checkbox"/> 25 – Sobrevivientes de Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> 04 – Pago de Cuidado de Foster | <input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones del Hogar | <input type="checkbox"/> 18 – Regalías | <input type="checkbox"/> 26 – Retiro de Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> 05 – Beneficios de Veteranos | <input type="checkbox"/> 13 – Retiro Ferroviario | <input type="checkbox"/> 19 – Interés | <input type="checkbox"/> 27 – Ingreso de Pensión/Retiro Fiduciario |
| <input type="checkbox"/> 06 – Pagos de cantidad completa | <input type="checkbox"/> 14 – Liquidación de Seguro | <input type="checkbox"/> 20 – Ganancias | <input type="checkbox"/> 28 – *Subsidios de Adopción |
| <input type="checkbox"/> 07 – Asignaciones Militar | | <input type="checkbox"/> 21 – Mantenimiento | <input type="checkbox"/> 29 – *Medicaid |
| <input type="checkbox"/> 08 – Compensación al Trabajador | | <input type="checkbox"/> 22 – *WIC | |
- Otros: _____

Tipo de Ingreso #	Cantidad/Monto	Frecuencia con la cual se recibe el ingreso	Quien recibe el ingreso
Ejemplo: 02	\$250	Mensualmente	Familia

AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD: Yo por la presente autorizo y doy consentimiento a que se divulgue cualquier y toda información referente a mi persona o miembros de mi hogar al Programa de Cuidado de Niños (*Child Care Program*) por el titular de la información sin tener en cuenta la manera de forma hecha, incluyendo y sin limitación, información de sueldo, información hecha en forma confidencial por ley o de otra manera e información privilegiada del paciente bajo NRS 49.225 o cualquier otra provisión por ley o de otra manera. Yo por la presente libero al titular de la responsabilidad legal de dicha información, si hubiese alguna, resultante de la divulgación de la información requerida. Una copia reproducida de esta información constituye una copia legal original.

Entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalizaciones por ocultar o dar falsa información. Además, entiendo que si hiciese una declaración falsa o engañosa, oculte o retenga hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios podrían reducirse, negarse o terminarse; a mi se me podría descalificar de la participación en el programa, someter a proceso penal, u de otra forma penalizar de acuerdo a leyes estatales y federales. Además, entiendo que la falta de pago de mis co-pagos a los proveedores y/o seguimiento de los acuerdos de re-pagos resultará en la terminación de los beneficios de subsidio.

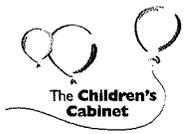
Entiendo que cualquier persona puede aplicar al Programa de Contrato de Subsidio (*Subsidy Contract Program*). A ninguna persona debería discriminarse por cualquier razón (como por ejemplo, raza, edad, color, religión, orientación sexual, discapacidad, creencia política u origen nacional). Para presentar una queja, yo puedo contactar a Jamie Burnett, Director del Programa de Children's Cabinet ubicado en 1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502. También tengo el derecho de solicitar una audiencia con DWSS y se me dará información sobre el proceso de apelación si lo llevo a pedir.

Además, entiendo que los proveedores mencionados arriba reflejan lo que yo he escogido, el padre/persona a cargo del cuidado y por medio de mi firma abajo, estoy de acuerdo de indemnizar y de mantener indemne al Estado de Nevada, el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños, su funcionarios, agentes, miembros de la junta y empleados de todos los reclamos, litigios, costos, gastos y obligaciones legales que surjan o estén relacionadas de cualquier manera con el proveedor que he escogido.

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

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma de Co-Solicitante _____ Fecha _____



Formulario del Propósito del Cuidado - *Purpose of Care Form*

Nombre del Programa: _____

Nombre del Padre/Madre/Persona con la Custodia: _____

Por favor utilice **un formulario para cada padre/madre/custodia**, si es un hogar compuesto por dos padres/personas con la custodia.

Nombre del Niño (Niños): _____

Empleo / Entrenamiento:

Promedio de hora de trabajo por semana _____

Por favor especifique los días de la semana en la regularmente trabajar/asiste a entrenamiento:

Domingo	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Lunes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Martes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Miércoles	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Jueves	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Viernes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Sábado	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM

O'

Si el padre/madre/persona con la custodia tiene un **horario variado/rotativo**, ¿cuál es el número máximo de días programados por semana? _____.

College / Universidad:

Número de créditos que está tomando este semestre _____

Promedio General de Calificación (*Student GPA*) _____

Por favor especifique los días de la semana en que regularmente asiste al college/universidad

Domingo	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Lunes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Martes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Miércoles	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Jueves	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Viernes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Sábado	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM

¿Tiempo de viaje desde el sitio en donde esta el programa hasta el trabajo/entrenamiento/escuela? _____

Verifico que en base a mi mejor r conocimiento la información de arriba es verdadera y correcta. Notificaré al programa si los días y horarios llegan a cambiar en un futuro.

Firma del Padre/Madre/Persona a cargo del Cuidado: _____ Fecha: _____

Si el padre/madre/persona con la custodia del cuidado no estaba disponible para llenar y firmar este formulario en persona, la agencia podría verificar el propósito del cuidado del niño por teléfono, email, fax o de otra manera; sin embargo, el representante de la agencia debe firmar abajo.

Firma del Representante de la Agencia _____ Fecha: _____



NI NO ESTA INSCRITO PARA VOTAR DONDE RESIDE EN LA ACTUALIDAD,
¿DESEA INSCRIBIRSE AQUÍ HOY MISMO?

(Marque una respuesta)

Si NO

Si usted no marca ninguna respuesta, se considerara que usted decidió no registrarse a votar en este momento

La Ley Nacional de Registro de Votante le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudamos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARA** la cantidad de asistencia que se le proporcionara por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decide o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político a su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capital Complex, Carson City, Nevada 89710.



**SECRETARY OF STATE ROSS MILLER
STATE OF NEVADA
VOTER REGISTRATION APPLICATION**

Application No.
HA

BOX 3 - NAME Please write your name exactly as it appears on the Nevada driver's license, I.D. card, or Social Security card referenced in Box 8. If you do not have any of these forms of identification, please see the instructions for Box 8.

BOX 4 - HOME ADDRESS Your home address is the street address assigned to the location at which you actually reside. If you reside at a location that has not been assigned a street address, a description of the location at which you actually reside must be provided. A P.O. Box cannot be listed as a home address.

BOX 8 - IDENTIFICATION REQUIREMENTS Federal and state law require you to provide your NV driver's license or NV ID number. If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your social security number (SSN). If you do not have any of these three forms of identification, please contact your County Clerk/Registrar after you have completed and returned this form.

BOX 10 - PARTY REGISTRATION Mark your choice of a qualified party, "Nonpartisan" or "Other." If you mark "Other," you may print the name of an unlisted political party. If you register with a minor political party or as a nonpartisan, you will receive a nonpartisan ballot for the Primary Election.

BOX 13 - ASSISTING IN THE COMPLETION OF THIS FORM If you are assisting a person to register to vote, you must complete Box 13. FAILURE TO DO SO IS A FELONY.

DEADLINES FOR SUBMITTING APPLICATION

- ★ By Mail—postmarked by Saturday, 31 days before an Election.
- ★ In Person at DMV—by Saturday, 31 days before an Election.
- ★ In Person At County Clerk's or Registrar's Office—by Tuesday, 21 days before an Election (for Municipal Elections, in person at City Clerk's).
- ★ For Special/Recall Elections—contact your County Clerk or Registrar.

NOTICE You are urged to return your application to register to vote to the County Clerk/Registrar in person or by mail. If you choose to give your completed application to another person to return to the County Clerk/Registrar on your behalf, and the person fails to deliver the application to the County Clerk/Registrar, you will not be registered to vote. Please retain the duplicate copy or receipt from your application to register to vote.

INTERESTED IN BEING A POLL WORKER? Please contact your local County Clerk or Registrar's Office. See Reverse.

CHECK THIS BOX TO RECEIVE A SAMPLE BALLOT IN LARGER TYPE

USE BLACK INK — PLEASE PRINT CLEARLY				WARNING: GIVING FALSE INFORMATION IS A FELONY AND INCLUDES A CIVIL PENALTY OF UP TO \$20,000.			
1	Are you a citizen of the United States of America? Will you be 18 years of age or over on or before Election Day? If you checked "no" in response to either of these questions, do not complete this form.	2		3-13		Check boxes that apply and complete items 3-13	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> New Registration <input type="checkbox"/> Name Change	<input type="checkbox"/> Party Affiliation Change <input type="checkbox"/> Address Change		
3	Last Name (Only)	First Name (Only)	Middle Name (Only)	Jr. Sr. II III IV			
4	Home Street Address (No P.O. Box/Business Address. See Instructions.) Apt. #			City	State	Zip Code	
5	Mailing Address—If different from above. (P.O. Box or Mail Service Address)					6	Birth Date (M/D/YR)
7	Place of Birth(State or Country)	8	NV Driver's License or NV ID Card Number (If neither, last 4 digits of your SSN)		9	Telephone No.(Opt.)	
10	Party Registration—Check Only One Box <input type="checkbox"/> Democratic Party <input type="checkbox"/> Independent American Party <input type="checkbox"/> Libertarian Party <input type="checkbox"/> Republican Party <input type="checkbox"/> Other Party – Write In Below _____ <input type="checkbox"/> Nonpartisan (no party affiliation)		11	"I swear or affirm • I am a U.S. citizen • I will be at least 18 years old by the date of the next election • I will have continuously resided in Nevada at least 30 days in my county and at least 10 days in my precinct before the next election • The present address listed herein is my sole legal place of residence and I claim no other place as my legal residence • I am not laboring under any felony conviction or other loss of civil rights that would make it unlawful for me to vote. I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct." <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ SIGNATURE OF APPLICANT (REQUIRED) ↓ ↓ DATE (REQUIRED) ↓ </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> _____ / / </div>			
12	Your name and residence address where you were last registered to vote. (Name Used, Street, Apt. #, City, State & Zip Code of Former Residence)						
13	Important! If you are assisting a person to register to vote and you are not a field registrar appointed by a County Clerk/Registrar or an employee of a voter registration agency, you MUST complete the following. Your signature is required. Failure to do so is a felony.						
	Name	Mailing Address	City/State/zip Code	Signature			

VALIDATING AGENCY USE ONLY. DO NOT WRITE IN THE SHADED AREA BELOW.

AGENCY STAMP HERE <input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. HA RECEIVED BY:
---	---	--

↑ Detach Here ↑
NAME OF PERSON RETAINING THIS APPLICATION

↑ Detach Here ↑
ELECTION OFFICIAL OR AGENCY
Contact Information, Address, Telephone, Fax

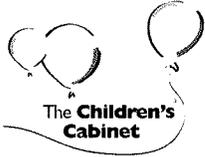
↑ Detach Here ↑
VOTER APPLICATION RECEIPT
(Please Retain Receipt)

AGENCY STAMP OR NAME OF AGENT, ELECTION OFFICIAL OR PERSON RETAINING APPLICATION

If you do not receive a Nevada Voter Registration Card in the mail within 10 days, please call or visit your County Election Department.

PRINT NAME OF PERSON RETAINING FORM

APPLICATION NO. HA



Opciones de asistencia financiera para el cuidado infantil en Nevada

Cada una de las opciones de asistencia financiera siguientes tiene distintos requisitos de elegibilidad. Es importante obtener más información sobre cada tipo de asistencia, a fin de determinar si su familia es elegible.

Proveedores de cuidado infantil que ofrecen escalas de precios variables o precios reducidos. Para los niños de edades de la escuela, consulte a su departamento de los parques y recreo de ciudad o Boys & Girls Club o YMCA.

Northern Nevada Providers	City	Phone	Ages Served
Kids in Motion Preschool	Battle Mtn.	775-635-2788	3-6yrs.
A Step Ahead Preschool	Fernley	775-575-1122	2-14yrs.
Zoo'n Around Preschool	Fernley	775-575-9666	1½mos.-10yrs.
Holy Child Early Learning Center	Reno	775-329-2979	1½-18 yrs.
UNR-Child & Family Research Center	Reno	775-784-6762	1½mos.-10yrs.
Hippity Hop Learning Center	Reno	775-828-2928	1½ mos-12yrs.
Pebbles The Rock Christian Preschool	Sparks	775-355-7888	1-18yrs.

Subsidio para el cuidado infantil. Averigüe si es elegible para recibir subsidios estatales para el cuidado infantil. El subsidio estatal para el cuidado infantil está disponible en todos los estados, pero la elegibilidad varía. En Nevada, los subsidios para cuidado infantil están disponibles para las familias de bajos ingresos que trabajan. Para averiguar si es elegible, debe hacer una cita para reunirse con un administrador de casos de elegibilidad. Llame al 775-856-6210 (teléfono gratis 1-800-753-5500) en el norte de Nevada o 702-473-9400 en el sur de Nevada (Las Vegas Urban League)de y le darán los datos de un administrador de casos en su zona (lea a vuelta de página para obtener más información sobre cómo solicitar el subsidio).

Head Start, Early Head Start, o Tribal Head Start. Estos son programas a tiempo completo o parcial, con financiación del gobierno federal, que proveen cuidado infantil gratuito y otros servicios para contribuir a cumplir con las necesidades de preparación preescolar de los niños elegibles. La mayoría de las familias que acceden a Head Start o a Early Head Start deben tener ingresos que cumplan con las normas federales de pobreza. Para las localizaciones de Head Start or Early Head Start, visita <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/HeadStartOffices>.

Parte C y Parte B de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, por sus siglas IDEA). Los bebés y niños pequeños con discapacidades (nacimiento-2) y sus familias reciben los servicios de intervención a temprana edad bajo IDEA, Parte C. Si tiene algunas inquietudes relacionadas con su bebé, o con respecto al desarrollo del niño, llame a los Servicios de Intervención a Temprana Edad de Nevada al (775) 684-4000 para obtener información adicional y enterarse sobre los programas en su área. Los niños y jóvenes (de edades entre 3 y 21 años) reciben educación especial y servicios relacionados bajo IDEA, Parte B. Si su niño tiene una edad entre las edades 3 de 21 años, y usted sospecha de que existe un retraso en su desarrollo, póngase en contacto con la oficina de *Child Find* en su escuela local del distrito.

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, por sus siglas en ingles TANF). Los objetivos de TANF buscan proporcionar asistencia a las familias con niños de bajos ingresos de manera que estas puedan recibir atención en sus propias casas, puedan reducir la dependencia mediante la promoción de la preparación para un trabajo, reduzcan los embarazos que existen fuera del matrimonio y fomenten la formación y el mantenimiento de las familias de 2 padres. TANF proporciona Servicios Financiero y de Apoyo como por ejemplo cuidado de niños, transporte y otros servicios. Para obtener más información o aplicar a TANF, visite: <https://dwss.nv.gov/?TANFApply.html> o llame al 775-684-0500 de modo que pueda localizar una oficina cerca suyo.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, por sus siglas SNAP). Muchos residentes de Nevada tienen problemas de cuanto dinero tienen cada mes. Después de pagar el alquiler/renta, servicios de electricidad/gas/agua, transporte y cuidado de niños, a menudo sobra muy poco dinero para comprar alimentos nutritivos. La División de Bienestar y Servicios de Apoyo del Estado de Nevada puede ayudar a las familias con los beneficios de SNAP y ayudar a alimentar a sus familias. Para saber si usted califica para recibir los beneficios de SNAP, visite: <http://www.snap-step1.usda.gov/fns/> o llame al 775-684-0500 de modo que pueda localizar una oficina cerca suyo.

Programa de Asistencia de Energía de Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, por sus siglas LIHEAP). El Programa de Asistencia de Energía (Energy Assistance Program, EAP) proporciona suplemento para ayudar a personas en Nevada que califican con la ayuda de energía en el hogar. El programa EAP de Nevada tiene dos fuentes de financiación, el Programa de Asistencia de Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y subvención federal e ingresos estatales generados por el *Universal Energy Charge* (UEC) de Nevada. Para obtener ayuda, llame al 775-684-0500 de modo que pueda localizar una oficina cerca suyo.

Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants & Children, por sus siglas WIC). WIC proporciona alimentos nutritivos, educación nutricional, apoyo de lactancia, y recomendaciones de la salud y otros servicios sociales a los participantes sin costo alguno. WIC presta servicio a las mujeres embarazadas, en posparto y mujeres que amamantan con ingresos elegibles, y a los recién nacidos y niños de hasta 5 años de edad que corren algún riesgo nutricional. Para obtener más información y enterarse acerca de los requisitos de ingresos, visite <http://nevadawic.org/for-families/do-i-qualify/> o llame al 1.800.8.NEV.WIC.

Nationally Quality Assured by Child Care Aware of America®



Programa de Cuidado Alimenticio de Niños y Adultos (*Child and Adult Care Food Program, por sus siglas CACFP*). El Programa de Cuidado Alimenticio de Niños y Adultos de USDA desempeña un papel vital en el mejoramiento de la calidad del servicio de guarderías infantiles y lo hace más económico para muchas familias de bajos ingresos. El programa CACFP apoya o proporciona fondos de comidas y bocadillos saludables que se sirven a niños y adultos que reciben servicios en guarderías infantiles. Hable hoy mismo con su proveedor a cargo del cuidado de niños acerca de la inscripción en CACFP. Para más información llame al 775-353-3758 o visite [http://nutrition.nv.gov/Programs/Child_and_Adult_Care_Food_Program_\(CACFP\)](http://nutrition.nv.gov/Programs/Child_and_Adult_Care_Food_Program_(CACFP))

Programa de Seguro Médico de Niños de Medicaid y del Estado (*State Children's Health Insurance Program, por sus siglas SCHIP*). El Programa de Medicaid es un programa federal de ayuda de subvención administrado por el estado. El propósito es ayudar a las personas y familias de bajos ingresos a obtener cobertura de la salud. Para ayudarle a determinar si usted califica para recibir asistencia médica, *Access Nevada* tiene una nueva herramienta de ayuda de pre-selección. Visite <https://dwss.nv.gov/?AccessNevada.html> y haga clic en la sección "*Do I Qualify for Medical Assistance?*" (¿Califico para la Asistencia Médica?). Si no tiene acceso al internet, Children's Cabinet le ayudará con todo gusto. También puede ponerse en contacto con 775-684-0500 y de ese modo podrá obtener más información y localizar una oficina cerca suyo.

Apoyo del empleador/Colegio. Su empleador (o su colegio, si es estudiante) pueden proveer subsidios para cuidado infantil, descuentos en ciertos programas o cuidado infantil en el sitio a precios reducidos. Consulte a su departamento de recursos humanos o al departamento de servicios estudiantiles de su escuela para ver si hay programas disponibles.

Cuentas establecidas por el empleador para el cuidado de personas dependientes. Su empleador puede ofrecer este tipo de cuenta, que le permite deducir dinero (hasta \$5,000) de su cheque de salario (sin pagar impuestos) y ponerlo en un acuenta especial que se usará para pagar costos de cuidado infantil. Usted ahorra dinero al reducir el monto de impuestos que tiene que pagar anualmente. Nunca debe poner en esta cuenta más dinero del que va a usar realmente, ya que perderá el dinero que quede en la cuenta al final del año. Usted no puede reclamar como crédito impositivo para niños y dependientes (*Child and Dependent Care Tax Credit*) ningún dinero que haya depositado en una cuenta para el cuidado de dependientes.

Crédito por ingreso del trabajo (*Earned Income Tax*). Este crédito puede dar más dinero a las familias que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Es necesario que las familias ganen menos de cierta cantidad, basado en el tamaño de la familia. También hay otros requisitos para el crédito. Para mayor información, llame a su oficina local del IRS y solicite la Publicación 596 sobre *Earned Income Credits*, o póngase en contacto con un profesional contable o preparador de impuestos.

Crédito tributario por cuidado de menores (*Child Care Tax Credit*). Si tiene un hijo dependiente menor de 17 años, quizá pueda ser elegible para obtener el crédito tributario por hijos, que puede tener un valor de cientos de dólares por hijo. El límite de ingresos para el crédito tributario por hijos es mucho mayor que para el crédito por ingreso del trabajo. Para obtener más información, póngase en contacto con su oficina local del IRS, o con un profesional contable o preparador de impuestos.

Crédito tributario federal por cuidado de menores y dependientes (*Child and Dependent Care Tax Credit*). Si tiene un hijo menor de 13 años y debe impuestos federales, este crédito puede ayudarle a cubrir una parte o todos los impuestos que debe, siempre que califique. Para obtener más información, póngase en contacto con su oficina local del IRS, o con un profesional contable o preparador de impuestos.

El Programa de Cumplimiento de la Manutención de Menores (*Child Support Enforcement Program, CSEP*). Este programa ayuda a los padres con la custodia o personas a cargo del cuidado a que obtengan la manutención de un padre o padres ausentes de la vida del niño o niños. CSEP puede ayudar a localizar a los padres ausentes, establecer la paternidad y/o establecer y hacer cumplir las obligaciones de manutención financiera y médica. Visite <https://dwss.nv.gov> para obtener mayor información.

