

CHILD DEVELOPMENT AND CARE (CDC) APPLICATION
SOLICITUD DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CDC)

State of Michigan
 Department of Human Services (DHS)

Grantee Nombre					
Grantee ID				Case Number	
County	District	Section	Unit	DHS Specialist	Date

INSTRUCCIONES: • Usted debe vivir en Michigan. • Su solicitud completa y firmada debe ser recibida por la oficina local de DHS en su área sirviendo el condado o distrito donde usted vive antes de que comiencen los pagos. • Proveer su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario. Sin embargo, si lo provee, el SSN puede ser usado para establecer identidad y para propósitos de reportar y tener seguimiento.

SECCION 1 – INFORMACION DEL SOLICITANTE:

1. Nombre Completo del Sol. (<i>Apel., Nom., Seg. Nombre</i>)		2. Primer/Apellido de Soltera		3. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Nunca Casada (o) <input type="checkbox"/> Casada (o) <input type="checkbox"/> Divorciada (o) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viuda (o)	
4. Representante autorizado Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)			5. Dirección		
6. ¿El representante autorizado brindará cuidados a cualquiera de los niños de esta solicitud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí Nombre de Niño(s):					
7. Señale dónde vive: <input type="checkbox"/> Casa/apartamento/hogar móvil <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro					
8. Dirección donde vive o dirección de instalaciones (número, calle, ruta rural, número de apartamento/terreno)					
Ciudad		Estado	Código Postal		Condado
9. Dirección postal (si es diferente del anterior o apartado postal)					
Ciudad		Estado	Código Postal		Condado
10. Teléfono de Casa		11. Teléfono Celular		12. Teléfono de Trabajo	13. TTY #
14. Número de teléfono donde pueden dejarse mensajes			¿De quién es? (Nombre/relación)		15. Correo electrónico
16. Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino		17. Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska–Nombre de tribu _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco Otra Isla del Pacífico			
18. ¿Ha recibido alguna vez beneficios de asistencia en efectivo de DHS? <input type="checkbox"/> Recibe actualmente <input type="checkbox"/> Nunca recibió <input type="checkbox"/> Ya no recibe ▶ Fecha última vez: _____			19. ¿Por qué necesita servicios de cuidado de niños? (<i>Marque todo lo que aplica.</i>) <input type="checkbox"/> Por trabajo <input type="checkbox"/> Para finalizar estudios secundarios o GED <input type="checkbox"/> Educación/Capacitación Aprobada por DHS o Agencia Michigan Works! <input type="checkbox"/> Programa emocional/salud o social (explicar): _____		

SECCION 2 – ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: (*Adjunte una página adicional, si es necesario.*)

Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de EE. UU.?	Sexo (M/F)	Parentesco con Usted	Número de Seguro Social (<i>voluntario</i>)	¿Esta persona asiste a la escuela?	Recibe beneficios de asistencia de DHS	¿Recibe beneficios de SSI?
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Usted		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección _____	<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"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección _____	<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"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección _____	<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"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección _____	<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"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

CONTINUA EN LA PAGINA 2 ▶

SECCION 3 – ANOTE LOS NOMBRES DE LOS NIÑOS EN SU HOGAR QUE NECESITAN CUIDADO: (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	E D A D	Fecha que el Cuidado Comenzó o Comenzará	Días y Horas en que se necesita el Cuidado de Niños	Nombre del Cuidador	Dirección y Número de Teléfono del Cuidador	Número de ID o Licencia del Cuidador	¿El Cuidado está Provisto en el Hogar del Niño?	¿El Cuidador es Familiar del Niño?
Niño 1							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, ¿cómo?
Niño 2							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, ¿cómo?
Niño 3							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, ¿cómo?
Niño 4							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, ¿cómo?

SECCION 4 – OTRA INFORMACION: Marque todo lo que aplica.

- Soy padre adoptivo temporal solicitando cuidado de niños **solamente** para un **niño(s) adoptivo(s) temporal(es)**.
- Necesito cuidado de niño **solamente** para participar en actividades requeridas para mi caso de **Servicios de Protección o Prevención de DHS**.

SECCION 5 – INFORMACION DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN SU HOGAR

Completa la tabla abajo. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Anote los nombres completos de todos los niños menores de 18 años de edad que viven en su hogar. (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Anote los nombres completos de la madre y el padre de cada niño. Escriba "Desconocido" si no sabe quién es la madre o el padre. (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	¿Los padres viven en el hogar?	Si el niño no vive con un padre, ¿con quién vive el niño y cuál es la relación con el niño?	Si padre no vive en el hogar, <input checked="" type="checkbox"/> caja correspondiente.							Dirección del correo del padre si es diferente del solicitante.	¿El padre proporciona el apoyo económico de los niños?
				Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	En Prisión	Fallecido(a)	En el Ejército	Ausente por Otra Razón		
Niño 1	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
Niño 2	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
Niño 3	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
Niño 4	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, proporciona # de soporte si se sabe

CONTINUA EN LA PAGINA 3 ►

SECCION 6 – SOLO TRABAJADOR AUTONOMO – Adjunte prueba actual. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Personas autónomas	Tipo de trabajo o de negocio (es decir: proveedor de cuidado de niños, proveedor de cuidado personal, etc.)	Nombre y dirección de negocio	Ingreso mensual bruto (cifra antes de impuestos)
			\$
			\$

SECCION 7 – INGRESO POR TRABAJO – Enumere a todas las personas que vivan en su hogar con ingresos incluyéndolo a usted. Adjunte prueba actual. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Nombre del empleado (Nombre, Apellido)	Tipo de trabajo	Puesto	Nombre del empleador	Dirección y teléfono del empleador	¿Continuará trabajando?	Fecha de inicio	Si es nuevo, fecha del primer cheque	Remuneración:				
								Semana	Semana por	Dos veces al mes	Mensual	Otro
1					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▲ Siga respondiend o preguntas de los	Día en que se recibe el pago (lunes, martes, miércoles., etc.)	Fecha del cheque más reciente	Usted recibe:				Promedio de pago por hora & promedio de horas que espera trabajar por:
			¿Propinas?	¿Bonificación?	¿Comisión?	¿Horas extras?	
1	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, promedio de propinas no incluidas \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de pago <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	Promedio de pago por hora \$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de pago _____
2	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, promedio de propinas no incluido \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de pago <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, cantidad \$ _____ ¿Cada cuánto?	Promedio de pago por hora \$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de pago _____

SECCION 8 – INGRESOS NO SALARIALES – Adjunte prueba actual. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

¿Alguien de su hogar recibe o espera recibir otro ingreso diferente al ingreso salarial?
 No Sí ▶ Marque todas las casillas que correspondan y complete la tabla.

<input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo DHS	<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Ingreso de seguro sublemen. tación	<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos
<input type="checkbox"/> Asist. del Est. para Incapacit. (SDA)	<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Asignación Militar
<input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/retiro	<input type="checkbox"/> Prestamos de educación	<input type="checkbox"/> Sostenimiento para niños	<input type="checkbox"/> Ingreso de Alquiler
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/retiro	<input type="checkbox"/> Asistencia de hogar	Nombre del inquilino: ▶ _____
<input type="checkbox"/> Distribución de juego (lotería)	<input type="checkbox"/> Ingresos por cosechas y granjas	<input type="checkbox"/> Dinero proveniente de amigos o parientes, etc.	
<input type="checkbox"/> Ingreso/pagos de una tribu (GA tribal, reclamo de terreno, ganancias por casino, compartir, per cápita,	<input type="checkbox"/> Contrato de terreno, hipoteca u otro pago a un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Beneficios de discapacitados	<input type="checkbox"/> Otro

Persona(s) que reciben/esperan	Fuente de ingreso/tipo listado a continuación	Cada cuánto se recibe	Cantidad recibida	Espera continuar	Fecha en que se espera si todavía no
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

CONTINUA EN LA PAGINA 4 ▶

SECCION 9 – DERECHOS Y RECONOCIMIENTOS:

- SOLICITUD:** Entiendo que tengo el derecho de llenar esta solicitud hoy o en cualquier momento, incluyendo antes de cualquier entrevista o cita, y que la solicitud debe ser aprobada o negada dentro de los 45 días del día en que es recibida por el Departamento.
 - NO SE DISCRIMINARA:** Entiendo que si creo que he sido discriminado debido a raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, estatura, peso, estado civil, orientación sexual, discapacidad, o a credos políticos, tengo el derecho de presentar una queja con la Secretaria de Department of Health and Human Services en Washington, D.C.
 - INFORMACION SOBRE CAMBIOS:**
 - Entiendo que el Departamento necesita saber de cualquier cambio en los ingresos o circunstancias de cualquier persona mencionada en este formulario.
 - Informaré al especialista de DHS que maneja mi caso de Cuidado y Desarrollo de Niños (CDC), cualquier cambio dentro de los 10 días que ocurra.** Estos cambios incluyen cambios en mi empleo, escuela/entrenamiento, ingreso, arreglos de cuidado de niño (ej. cuidador, donde se proporciona el cuidado), nombre, dirección, números de teléfono, miembros del hogar, estado civil, etc., y cualquier otro cambio que pueda afectar mi elegibilidad o la cantidad de beneficios.
 - Entiendo que si dejo de informar o me niego a informar cambios requeridos o hago declaraciones falsas o engañosas, puedo ser enjuiciado por fraude o perjurio.
- Si usted tiene dudas sobre el cambio que debe informar, llame a su especialista de DHS a la oficina local de DHS.**
- DEVOLUCION DE BENEFICIOS:** Entiendo que si recibo más beneficios de los que debo recibir por cualquier razón, los beneficios adicionales recibidos tendrán que ser devueltos. Si una distorsión intencional causa el sobrepago, la parte responsable incluyendo cualquier adulto en el grupo del programa o el representante autorizado del grupo o proveedor de mercancías o servicios puede ser enjuiciado por fraude.
 - AUDIENCIAS:** Entiendo que si yo **no** estoy de acuerdo con cualquier decisión hecha en cualquier asunto tocante a mi caso, tengo el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Entiendo que puedo pedir información acerca de la Audiencia Administrativa llamando a la oficina de Department of Human Services del condado y que puedo pedir una Audiencia Administrativa escribiendo a la oficina local de Department of Human Services.
 - DECLARACION JURADA:** Juro o afirmo de que toda la información que he escrito en esta forma o dicho al especialista de DHS es verdad. Entiendo que puedo ser enjuiciado por perjurio si yo intencionalmente he dado información falsa. También sé que me pueden pedir que muestre prueba de cualquier información que haya dado. Si he ocultado algo intencionalmente de cualquier información o si he dado información falsa que me haga recibir beneficios a los que no tengo derecho o más beneficios de lo que debo recibir, entiendo que puedo ser enjuiciado por fraude.
 - LIBERACION DE INFORMACION:** Autorizo a DHS de enviar notas y/o proveer información a mi cuidador de niños cuando los servicios de CDC hayan sido autorizados o cuando haya cambios en la información autorizada previamente dada al cuidador o cuando mi solicitud por los servicios de CDC sea negada o retirada o mi caso sea cancelado. También autorizo a DHS o cualquier guardería que pueda proveer cuidado para mi(s) niño(s) que den la información necesaria para determinar mi derecho a beneficios bajo cualquier otro programa local, estatal o federal. Autorizo a la Social Security Administration a dar a DHS toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios de CDC.
 - COMPROBACION POR COMPUTADORA:** DHS hará un control con las agencias federales, estatales y privadas a fin de asegurar que la información que brinde en esta solicitud sea correcta. DHS podrá controlar salarios, ingreso, activos, beneficios de desempleo, reembolsos de impuestos sobre la renta, beneficios y números del Seguro Social, situación como inmigrante, etc.

ENTIENDO QUE:

- Si se aprueba CDC, solamente usaré los servicios del cuidado de niños durante las horas en que yo, y todas los demás padres/padres sustitutos de mi hogar, no estén disponibles debido a empleo, clases de preparatoria, actividades aprobadas de educación y entrenamiento y actividades aprobadas por una condición social o de salud.
- Soy responsable de cualquier costo de cuidado de niños no pagado por DHS, incluyendo beneficios que puedan haber sido autorizados pero a los cuales yo no califico, basado en cambios en las circunstancias.
- No soy elegible para los beneficios de CDC antes que la necesidad exista o antes que la oficina local de DHS reciba mi solicitud firmada.
- Si un cambio reportado resulta en una reducción de beneficios, esta reducción será hecha por DHS tan pronto como administrativamente sea posible y sin notificación previa.
- El cuidado de niño debe ser provisto en Michigan por una guardería con licencia, casa de cuidado de grupo con licencia, una casa de cuidado familiar registrada, un ayudante de cuidado que es un adulto inscrito por DHS que provee cuidado en el hogar donde vive el niño o un cuidador familiar adulto inscrito por DHS que es un abuelo(a)/abuelo(a) político(a), bisabuelo(a)/bisabuelo(a) político(a), tía/tía política/tía abuela/tía abuela política, tío/tío político/tío abuelo/tío abuelo político, o hermano(a)/hermanastro(a) del niño que provee el cuidado en su hogar y no vive en el hogar del niño.
- Si uso un Ayudante de Cuidado, yo soy el empleador y responsable:
 - de discutir temas de salud y seguridad tales como números telefónicos de emergencia, dónde se guardan productos venenosos, mantener las manos limpias, cambiar los pañales, procedimientos de disciplina y mantener los documentos de vacunación con el ayudante.
 - para la parte del empleador por cualquier impuestos del empleador que necesitan ser pagados, impuestos tales como Federal Insurance Contributions Act (FICA) y Federal Unemployment Tax Act (FUTA).
 - para proporcionar al ayudante de cuidado con una forma W2 a fin del año para los propósitos de impuestos.
 - de recibir y mantener recibos para verificar el dinero que recibí que es pagado a mi ayudante de cuidado por niños financiado por DHS. (Si no se le paga a mi ayudante de cuidado, otros beneficios de DHS que yo recibo podrán ser afectados.)
- Como condición de elegibilidad de CDC, es mi responsabilidad obtener otros beneficios para los cuales yo pueda ser elegible, tales como sostenimiento para niños, beneficios de desempleo, etc., y que yo debo cooperar en acciones de sostenimiento para niños.
- Mi solicitud puede ser una de estas escogidas para una investigación completa, y un representante de DHS puede llamar a mi casa y puede hacer contacto con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.
- Mi ayudante de cuidado o cuidador familiar no será inscrito y no recibirá pago, o terminará de recibir pago si:
 - él/ella, o cualquier adulto reportado como viviendo en el hogar del cuidador familiar, está en el registro central de DHS como autor(a) en un caso confirmado de Children's Protective Services o una revisión de antecedentes criminales muestre, que él/ella ha sido condenado de un crimen específico.

HE LEIDO Y COMPRENDO TODAS LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO. (Si tiene cualquier pregunta, no dude en consultar a su especialista.)

Firma del solicitante o representante	Fecha de la firma
Firma del Especialista de DHS	Fecha de la firma

CONTINUA EN LA PAGINA 5 ▶

Grantee Nombre					
Grantee ID			Case Number		
County	District	Section	Unit	DHS Specialist	Date

SECTION 10 – MICHIGAN WORKS! AGENCY (MWA) – APPROVED ACTIVITY

Please complete information on the activity that the client(s) listed on page 1 is participating in:

Client Name		Activity Location				Begin Date	Expected End Date		
Activity	#1					/ /	/ /		
Activity	#2					/ /	/ /		
Activity	#3					/ /	/ /		
Enter days and times of assigned activity (or attach a schedule).		MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY	TOTAL HOURS
	#1								
	#2								
	#3								
#	Signature of Worker			Date	Telephone Number		If completed by DHS, date verified with MWA staff.		
#1									
#2									
#3									

Client Name		Activity Location				Begin Date	Expected End Date		
Activity	#1					/ /	/ /		
Activity	#2					/ /	/ /		
Activity	#3					/ /	/ /		
Enter days and times of assigned activity (or attach a schedule).		MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY	TOTAL HOURS
	#1								
	#2								
	#3								
#	Signature of Worker			Date	Telephone Number		If completed by DHS, date verified with MWA staff.		
#1									
#2									
#3									

NOTES									
MICHIGAN WORKS! AGENCY (MWA)									

<p>Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.</p>	<p>Esta forma significa bajo la autorización del Acta Pública 280 de 1939. Terminación de esta forma es voluntaria. Sin embargo, si no es completada, su elegibilidad no puede ser determinada y usted no recibirá servicios del cuidado de niños.</p>
--	--