

## Programa Children at Home

### **\* Lea atentamente la solicitud antes de completarla\***

La siguiente es una solicitud para que usted reciba asistencia a través del programa Children at Home. El programa Children at Home está diseñado para ayudarle a usted y a su familia a obtener los servicios y apoyos que usted identifique como necesarios para ayudar a su hijo a permanecer en casa. Un principio subyacente del programa Children at Home es que usted y su familia mantengan el control de las decisiones que afectan a su hijo y a su familia. La ayuda financiera está destinada a permitirle obtener aquellos servicios y apoyos que no están cubiertos por otros programas.

#### **Para poder calificar para el programa Children at Home:**

- **Usted y su familia deben residir en el estado de Iowa.**
- **Su familia debe incluir a un niño con una discapacidad, que se define como un individuo que tenga menos de 22 años y cumpla con la definición de discapacidad del desarrollo.**
- **La intención de su familia es conseguir aquellos servicios y apoyos que permitan a su hijo seguir viviendo en el hogar familiar.**
- **Los ingresos Federales Netos (no brutos) de su familia sujetos a impuestos del año fiscal más reciente son menor a \$60,000.**

El programa Children at Home opera dentro de un año fiscal, desde el 1 de julio al 30 de junio. Su aplicación una vez aprobada, está archivada para el año fiscal en curso. Se requiere que complete una nueva solicitud cada año fiscal. Las aplicaciones o solicitudes recibidas después del 30 de abril pueden ser colocadas en una lista de espera para el año fiscal en curso. Las aplicaciones y solicitudes colocadas en la lista de espera se procesan según sea posible. Children at Home está financiado por subvenciones y las solicitudes se aprueban en función de la disponibilidad de fondos. La financiación no está garantizada.

Si tiene alguna pregunta sobre este programa o quiere solicitar ayuda, póngase en contacto con Iowa Family Support Network (Red de Apoyo a la Familia de Iowa en español). Por favor, envíe las solicitudes completadas a:

#### **Iowa Family Support Network**

3000 Easton BLVD

Des Moines, IA 50317

Teléfono: 1-888-IAKIDS1 (1-888-425-4371)

Sitio Web: [WWW.IAFAMILYSUPPORTNETWORK.ORG](http://WWW.IAFAMILYSUPPORTNETWORK.ORG)

Correo electrónico: [iafamilysupportnetwork@everystep.org](mailto:iafamilysupportnetwork@everystep.org)

Fax: 515-558-9994

**Solicitud Children at Home****Sección 1: Información del hijo y la familia**

<b>Información de la Familia</b>		
Nombre del Niño(a):		
Fecha de Nacimiento:	Género del Niño(a):	Condado:
Dirección Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombres de los Padres/Guardianes:		
¿Vive el niño con los padres?	Si No, Incluya la dirección del niño(a):	
Número de teléfono:	Número de Teléfono Adicional:	
Dirección de correo electrónico:		
Idioma(s) hablado(s):	Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Raza del Niño(a):	Etnicidad de los Niños/Niñas:	Hispano(a)/Latino(a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<b>Información sobre la Discapacidad</b>		
Diagnóstico del niño(a):		
Por favor, indique todas las discapacidades de la lista siguiente que se apliquen a su hijo(a).		
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Traumatismo Craneal	<input type="checkbox"/> Trastorno emocional
<input type="checkbox"/> Ceguera/Deficiencia visual	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Lesión medular
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Sordera y ceguera
<input type="checkbox"/> Sordera/Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad ortopédica	<input type="checkbox"/> Infección por VIH
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno compulsivo	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla	
Otro:		

## Sección 2: Elegibilidad

Verificación de los impuestos
Ingresos netos de la familia sujetos a impuestos \$
Para verificar los ingresos, presente una copia firmada de su <b>Declaración Federal de Impuestos*</b> más reciente. Asegúrese de que se incluyan las páginas en las que se enumeran sus ingresos netos sujetos a impuestos; normalmente esto se encuentra en las dos primeras páginas de su declaración.
<small>* Si usted no declara impuestos, póngase en contacto con un especialista en admisión y derivación para conocer otras opciones de verificación de ingresos.</small>

Verificación de la Discapacidad
<p>Opción A: Su hijo está recibiendo servicios en Casa y en la Comunidad (Discapacidad Intelectual (ID), Salud &amp; Discapacidad (HD), Lesión Cerebral (BI), Discapacidad Física (PD), Exención de Salud Mental Infantil (CMH)) o Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI).</p> <p>Opción B: Su hijo NO está recibiendo servicios en Casa y en la Comunidad (Discapacidad Intelectual (ID), Salud &amp; Discapacidad (HD), Lesión Cerebral (BI), Discapacidad Física (PD), Exención de Salud Mental Infantil (CMH)) o Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI).</p>

Opción A de Verificación de Discapacidad:	
Si su hijo está recibiendo servicios de uno de los programas enumerados a continuación, se considera que su familia cumple los criterios de elegibilidad de tener una persona con discapacidad que reside en su hogar:	
<input type="checkbox"/> <b>Servicios en Casa o en la Comunidad (Por favor, marque cual exención se encuentra el niño/a)</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (ID)</li><li><input type="checkbox"/> Salud &amp; Discapacidad (HD),</li><li><input type="checkbox"/> Lesión Cerebral (BI)</li><li><input type="checkbox"/> Discapacidad Física (PD)</li><li><input type="checkbox"/> Exención de Salud Mental Infantil (CMH)</li></ul>	
Nombre del trabajador social de la exención:	Condado:
<input type="checkbox"/> <b>Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI)*</b> <small>* Por favor, presente una copia de la carta de concesión del SSI de su hijo(a) junto con la solicitud.</small>	

<b>Opción B de Verificación de Discapacidad:</b>	
Su hijo(a) no está recibiendo servicios de (Discapacidad Intelectual (ID), Salud & Discapacidad (HD), Lesión Cerebral (BI), Discapacidad Física (PD), Exención de Salud Mental Infantil (CMH)	
Deberá obtener una verificación de que su hijo(a) cumple la definición de discapacidad del desarrollo. La firma puede ser de cualquiera de los siguientes profesionales que conozcan la discapacidad de su hijo(a):	
Trabajador Social de Medicaid, director de educación especial de la AEA o persona designada, administrador de la escuela local o persona designada, especialista en vida independiente, terapeuta ocupacional o físico, médico, consejero de rehabilitación profesional	
El programa Children at Home está diseñado para proporcionar apoyo y sufragar los costos del cuidado de los niños(as) en casa para las familias que no están siendo atendidas o que están siendo desatendidas a través de otros sistemas de prestación de servicios o de pago	
Yo autorizo la divulgación de información relacionada con la discapacidad de mi hijo(a):	
<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Firma del padre:</b>	<b>Fecha:</b>

<b>Certificación Profesional</b>	
El niño(a) arriba mencionado tiene una discapacidad del desarrollo según la definición del 42 U.S.C. § 6001. Las personas con discapacidades del desarrollo tienen condiciones severas y crónicas que:	
Son atribuibles a una deficiencia mental o física o a una combinación de deficiencias mentales y físicas;	
Se manifiestan antes de que la persona cumpla los 22 años;	
Resultan en una limitación funcional sustancial en una o más de las siguientes áreas de las actividades principales de la vida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado personal</li> <li>• Lenguaje receptivo y expresivo</li> <li>• Aprendizaje</li> <li>• Movilidad</li> <li>• Autodirección</li> <li>• Capacidad de vida independiente</li> <li>• Autosuficiencia económica</li> </ul>	
Reflejan la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de cuidados especiales, interdisciplinarios o genéricos, tratamiento u otros servicios que sean de por vida o de larga duración y que estén planificados y coordinados individualmente; excepto que dicho término, cuando se aplica a bebés y niños pequeños, significa individuos desde el nacimiento hasta los cinco años de edad, inclusive, que tengan un retraso sustancial en el desarrollo o condiciones específicas congénitas o adquiridas con una alta probabilidad de resultar en discapacidades del desarrollo si no se proporcionan los servicios.	
Certificación Profesional: Por la presente, verifico que el niño(a) arriba mencionado tiene una discapacidad del desarrollo según la definición anterior.	
<b>Nombre impreso:</b>	<b>Numero de Título o Licencia:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

### Solicitud de Fondos de Children at Home

**\*Si solicita varios artículos o servicios, complete un formulario de solicitud por artículo o servicio.**

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento del Niño(a):
Descripción del Servicio/Apoyo /Artículo Solicitado: Solamente <b>Una</b> solicitud por formulario	
<b>* Por favor, incluya la información del pedido, la talla, el color u otra información necesaria para realizar el pedido</b>	
Costo Total del Artículo:	Cantidad de fondos solicitados de Children at Home:
¿Quién debe ser reembolsado? ¿La familia o el nombre del proveedor y la dirección postal?	
<b>*Se requerirá documentación de pago para todos los reembolsos y el pago debe haberse realizado adentro del año fiscal que está solicitando.</b>	
¿Cómo le gustaría recibir los fondos?	
<input type="checkbox"/> EFT- Transferencia Electrónica de Fondos (para esta opción incluya un cheque anulado)	
<input type="checkbox"/> Cheque enviado a la dirección registrada para reembolsos o al proveedor de servicios con la factura	
<input type="checkbox"/> Children at Home para comprar el artículo (el artículo se envía a la dirección que figura en el archivo, a menos que se indique lo contrario)	

#### **Declaración Profesional:**

<p>Para que el servicio, la ayuda o el artículo solicitados sean considerados para su financiación, se requerirá una declaración de necesidad por parte de un profesional que trabaje con su hijo(a) y que pueda exponer la necesidad en relación con su discapacidad.</p> <p>La página siguiente puede utilizarse para completar la declaración profesional, o puede presentarse en papel con membrete o directamente desde el correo electrónico del profesional a <a href="mailto:iafamilysupportnetwork@everystep.org">iafamilysupportnetwork@everystep.org</a></p>
---

#### **Declaración del padre:**

Yo declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Mi familia reside en el estado de Iowa. Mi hijo(a) tiene una discapacidad, y es mi intención que mi hijo(a) siga viviendo en mi casa. Los servicios y apoyos adquiridos con estos fondos no se utilizarán para sustituir otros servicios o apoyos disponibles para mi familia, incluyendo Medicaid y el Programa Family Investment (FIP).	
<b>Firma del Padre:</b>	<b>Fecha:</b>



**En el Impuesto a la Renta:**

Según una opinión consultiva del Servicio de Impuestos Internos, los ingresos percibidos en virtud de la ayuda del programa Children at Home (CaH) no son imponibles a efectos del impuesto federal sobre la renta en la medida en que la subvención no supere los gastos reales incurridos para el cuidado del miembro de la familia.

**En el Programa Family Investment (FIP):**

Si recibe pagos del FIP, la ayuda recibida en el marco del programa CaH no debería afectar a su elegibilidad siempre que no utilice el subsidio para sus propias necesidades básicas de alojamiento, servicios públicos, suministros domésticos, alimentos, ropa, cuidado y suministros personales, artículos de botiquín, tarifas de autobús, teléfono, periódicos y revistas. No puede utilizar el subsidio para las necesidades especiales que incluyen los gastos escolares, los honorarios de la tutela/conservador, los gastos de los programas del Plan Individual de Educación y Formación, y el cuidado de los niños mientras esté inscrito en un plan de formación de la Ley de Asociación para la Formación Profesional. Si tiene alguna duda sobre sus prestaciones FIP, hable con su trabajador de mantenimiento de ingresos

**En los Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI):**

Entendemos que la ayuda recibida en el marco del programa CaH no se tendría en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad de los ingresos. Si tiene preguntas al respecto, póngase en contacto con la oficina de la Administración de la Seguridad Social.

**En el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD),  
Sección 8:**

Entendemos que el HUD no considerará la ayuda recibida en el marco del programa CaH como ingresos a la hora de determinar la participación en el programa de la Sección 8.

**En la Asistencia de Alimentos:**

La ayuda recibida en el marco del programa CaH no se considera un ingreso para la asistencia alimentaria. Si tiene preguntas sobre su asistencia alimentaria, hable con su trabajador de mantenimiento de ingresos.

**En Medicaid y/o la Exención de Servicios en Casa y en la Comunidad de Medicaid:**

Estar en el subsidio no afecta su elegibilidad para estos programas y estar en estos programas no afecta su elegibilidad para la ayuda recibida bajo el programa CaH.

## ¿Tiene todo lo que necesita para la solicitud de Children at Home?

Asegúrese de que la solicitud esté completada en su totalidad y de que haya adjuntado todos los documentos de respaldo. Consulte con su especialista en admisión y referencias para conocer los plazos específicos para enviar la documentación.

### Lista de Verificación

#### Información requerida

- La página de información familiar y de incapacidad se ha completado completamente.
- Verificación de ingresos - copia de sus formularios de impuestos federales 1040 (Si no declara impuestos, consulte con su Especialista en Admisión y Referencias para obtener otra documentación). (Si los cuidadores del (de los/las) niño(a/los) presentan una declaración separada, incluya los impuestos de ambos cuidadores)
- Opción A o B tienen que estar completamente completada para la verificación de discapacidad
- Página de solicitud de fondos
- Página de la declaración profesional

#### Lo siguiente, si corresponde:

- Recibo de compra para los reembolsos (la compra tiene que ser realizada dentro del año fiscal en curso)
- Registro de relevo y prueba de pago para los reembolsos
- Información del pedido (color, tamaño, peso, etc.)
- Factura del proveedor que incluya el nombre del niño y la(s) fecha(s) del servicio y su W9 para el pago directo (los servicios deben ocurrir dentro del año fiscal en curso)
- Carta de denegación de seguro
- Formulario de divulgación de información firmado (un formulario firmado debe estar en el archivo antes de que se pueda proporcionar cualquier información sobre su solicitud, incluyendo el estado de la solicitud o la financiación disponible.

Todos los formularios se encuentran en <https://www.iafamilysupportnetwork.org/families/children-at-home/>

### Apelaciones

Si se le deniega el derecho a participar en el Programa Children at Home, puede presentar una apelación. Todas las apelaciones deben solicitarse por escrito. Su carta debe incluir la documentación que no se presentó con la solicitud original de cualquiera de los siguientes profesionales que conozcan la discapacidad de su hijo y que afirmen que la decisión debe ser revocada:

- Trabajador Social de Medicaid
- Director del AEA de educación especial o persona designada
- Administrador de la escuela local o persona designada
- Especialista en vida independiente
- Terapeuta Físico u Ocupacional
- Médico
- Consejero de rehabilitación profesional