





## Sección 4. Ingresos y cuidados de guardería\*

Indique todos los ingresos recibidos por los padres y los niños en su solicitud. No indique los ingresos del padre o la madre, si **NO VIVE** en esta dirección. No indique los ingresos del tutor de ley ni de ninguna otra persona que no sean los padres. Asegúrese de indicar la suma de los ingresos **BRUTOS**, antes de lo descontado en los impuestos. Adjunte una hoja adicional si resulta necesario.

INGRESOS:	SUMA Antes de lo descontado en los impuestos	FRECUENCIA (semanal, mensual, cada dos semanas, etc.)	NOMBRE DE PERSONA QUE LOS RECIBE (Incluya sólo los niños/padres en la dirección indicada en la solicitud)	¿INCLUYÓ USTED PRUEBA DE INGRESOS?
Nombre del empleador actual: _____				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre del empleador actual: _____				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ingresos del Seguro Social (RSDI)				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ingresos suplementarios del Seguro Social				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Compensación de Trabajadores				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pensiones o beneficios de jubilación				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pensión alimenticia para menores (Indique la suma recibida por cada niño.)				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Contribuciones				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Beneficios de desempleo				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Otros ingresos. Por favor, especifique: _____				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

\* ¿Paga usted por la guardería de los niños (o de un adulto que no pueda cuidar de sí mismo), para que alguien en su casa pueda trabajar?

NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE QUE TRABAJA	NOMBRE DEL NIÑO O ADULTO DEL QUE CUIDA	MENOS DE 2 AÑOS	NOMBRE DE GUARDERÍA O CUIDADORA	SUMA PAGADA	¿FRECUENCIA? (semanal, mensual, etc.)
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			



## Sección 5. Pruebas de ciudadanía e ingresos.

Usted debe incluir las copias más recientes de las pruebas de todos sus ingresos. El tipo de información que debe enviar junto con su solicitud es la siguiente:

Referente al dinero que usted gana por hacer un trabajo o servicio, usted debe enviar:

**Pago semanal** – talones de cheques de pago para (4) semanas de trabajo (seguidas) **O pago quincenal** – dos talones de cheques de pago recibidos una semana sí y otra no (seguidos) **O bimensual** – dos talones de cheques de pago recibido dos veces al mes (un mes después del otro) **O mensual** – dos talones de cheques de pago recibidos una vez al mes (un mes después del otro) **O pagos en efectivo** – Carta con el membrete del empleador firmada por un director de la compañía **O anual** – Formulario de Impuestos W-2 o Documentos de trabajar por su cuenta, tales como recibos de negocios **O** formularios de impuestos W-2 ó 1099 **O** depósitos al banco.

**Sírvase mostrar pruebas de dinero que cualquier persona en su casa reciba de alguna agencia, padres o parientes o de alguna otra procedencia, los cuales pueden incluir: SSI o SSA** - Carta de concesión actual. **Cheque de desempleo** - Talones de cheques de (4) semanas (seguidas) **Compensación de Trabajadores** - Carta de la compañía de seguros que indica la suma recibida y la frecuencia. Indique nombre y teléfono de la persona con quien comunicarse. **Contribuciones** - Carta de la persona quien le da el dinero. Indique el nombre, dirección y número de teléfono. Indique la suma recibida y la frecuencia. **Pensión alimenticia para menores** (pagada directamente a usted) Una declaración escrita por el padre o madre que suministra el dinero. Indique el nombre, dirección y número de teléfono. Indique la suma recibida y la frecuencia. **Pensión alimenticia para menores (pagada por medio del Tribunal)** - Carta del Tribunal o documentos que indican la suma de ingresos recibidos y la frecuencia. **Otros ingresos no ganados** - presente carta que indica la suma de ingresos recibidos y la frecuencia. Presente nombre, dirección y número de teléfono o talones de cheques de pago para (4) semanas (seguidas). Se deberá verificar el estado de la ciudadanía y la residencia de ley para determinar si se reúnen los requisitos necesarios de elegibilidad para PeachCare o Medicaid. Pueda que pida PeachCare constancia de la ciudadanía o residencia de ley. Se rechazará la solicitud si no se cumple con este requisito.



## Sección 6. Embarazo

¿Hay alguna mujer embarazada en la casa? Sí  No  En caso afirmativo, ¿quien? \_\_\_\_\_



## Sección 7. Certificación, entendimiento y autorización.

Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi mejor saber y entender. Entiendo que se verificará esta información para determinar si se reúnen los requisitos necesarios de elegibilidad. Entiendo que la información relativa a sueldos y salarios proporcionada por el Departamento de Trabajo de Georgia se puede divulgar a un administrador de terceros para verificar y determinar si se reúnen los requisitos necesarios para PeachCare. Estoy de acuerdo en cooperar con PeachCare for Kids y Servicios para Familias y Niños de Georgia (Department of Family and Children Services) para que verifiquen los ingresos, ciudadanía e identificación. Acepto ceder al Estado todos los derechos relativos a los pagos de apoyo médico y apoyo de terceros (beneficios médicos y de hospital).

Entiendo que debo dar aviso de los cambios que se produzcan con mis ingresos y circunstancias dentro de los diez (10) días a partir de la fecha en que tengo conocimiento de dichos cambios.

**POR FAVOR, NOTE:** si su hijo no reúne los requisitos necesarios para PeachCare, posiblemente los reúna para Medicaid. Su solicitud se enviará a Medicaid para su consideración. Medicaid ofrece los mismos beneficios que PeachCare y no se tiene que pagar ninguna prima. Puede que le ayude Medicaid a pagar sus deudas de facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses. Si su hijo o hijos reúnen los requisitos necesarios de Medicaid, usted tendrá que estar de acuerdo en solicitar un número de Seguro Social para ellos.

¿Tiene usted deudas de facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses? Sí  No  En caso afirmativo, ¿de cuál mes o meses? \_\_\_\_\_

Doy mi autorización para que se divulgue información personal y financiera a PeachCare y al Departamento de Georgia de Salud Comunitaria (Georgia Department of Community Health). Entiendo que puede que se someta mi solicitud a una evaluación de control de calidad, y acepto cooperar durante ese proceso.

**FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O DEL TUTOR: (OBLIGATORIO)** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Dónde obtuvo usted esta solicitud? Consultorio del médico/hospital  Escuela/guardería  Dpto. Salud Pública  Trabajador social

I-877-GA-PEACH  Otro

Una vez que haya quedado aprobada su solicitud, usted recibirá una carta en la cual le informará de la suma de su prima mensual.

¿Se adjunta un cheque/giro postal? Sí  No  Suma \_\_\_\_\_

**Envíe por correo la solicitud y documentos a:**

**PeachCare for Kids  
P.O. Box 2583  
Atlanta, GA 30301-2583**

**No se aceptarán solicitudes enviadas por fax.**

No quedará afectada la elegibilidad por raza, color, étnia, edad, incapacidad o sexo, salvo donde lo exija la ley.