



## 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 los descontados 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"/>			

## Sección 5. Pruebas de ciudadanía e ingresos.

Usted debe incluir las copias más recientes de las pruebas de todos sus ingresos. Estos son los tipos de información que usted necesita enviar junto con su solicitud:

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

**Pago semanal** – (4) talones de pago (una semana seguida de la otra) – **Ó** **Pago quincenal** – (2) talones de pago recibidos cada otra semana (seguidos uno después del otro) – **Ó** **Bi-mensual** – (2) talones de pago recibido dos veces al mes (seguidos uno después del otro) – **Ó** **Mensual** – (2) talones de pago recibidos una vez al mes (un mes después del otro) – **Ó** **Pagos en Efectivo** – Carta del empleador firmada por un oficial de la compañía en papel con membrete de la compañía – **Ó** **Anual** – Formulario de Impuestos declarados – **Ó** **Documentos de Trabajo por Cuenta Propia**, tales como recibos de negocios – **Ó** – Depósitos de Banco.

Por favor presente pruebas de dinero que alguien en el hogar recibe de alguna agencia, padres o parientes, o cualquier otra fuente. Estos podrían incluir:

- **SSI ó SSA** - Carta de concesión actual
- **Cheque de desempleo** – (4) Talones de pago (una semana seguida de la otra)
- **Compensación de Trabajadores** - Carta de la compañía de seguros que indique la cantidad recibida y la frecuencia, proporcione el nombre y teléfono de la persona con quién comunicarse.
- **Contribuciones** - Carta de la persona quien le da el dinero, proporcione el nombre, dirección y número de teléfono. Proporcione la cantidad recibida y la frecuencia.
- **Manutención de Niños (pagada directamente a usted)** - declaración escrita por el padre o madre que da el dinero, proporcione el nombre, dirección y número de teléfono. Proporcione la cantidad recibida y la frecuencia.
- **Manutención de Niños (pagada por medio del Tribunal)** - papeles de la corte o una carta indicando la cantidad de ingresos recibidos y la frecuencia con que se recibe.
- **Otros Ingresos no Ganados** – proporcione carta indicando la cantidad recibida y la frecuencia recibida. Proporcione el nombre, dirección y número de teléfono ó (4) semanas de talones de pago (una semana seguida de la otra). Ciudadanía o estado legal migratorio debe ser verificado para elegibilidad de Medicaid o PeachCare. PeachCare puede solicitar pruebas de ciudadanía o estado legal migratorio. Incumplimiento resultara en una denegación de su solicitud. Números de Seguro Social se usan para hacer chequeos por computadora con otras agencias para ayudar a verificar la elegibilidad para PeachCare y/o beneficios de Medicaid. Usted sólo tiene que darnos el Número de Seguro Social para las personas a quienes usted está aplicando.

## Sección 6. Embarazo

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

## Sección 7. Certificación, entendimiento y autorización.

Yo entiendo que esta información será verificada para determinar la elegibilidad. Yo entiendo que la información suministrada por el Departamento de Labor de Georgia, Departamento de Impuestos de Georgia, la Administración del Seguro Social u otras agencias puede ser revelada a un administrador externo para verificar y determinar elegibilidad para PeachCare. Yo estoy de acuerdo en cooperar con PeachCare para KidsTM, el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, y la División de Servicios para la Familia y Niños de Georgia para verificar los ingresos, recursos, ciudadanía e identificación. Yo estoy de acuerdo en asignar al estado todos los derechos de apoyo médico y apoyo de pago (hospital y beneficios médicos).

Yo entiendo que debo reportar cambios de domicilio, ingresos, recursos y circunstancias dentro de diez (10) días de tomar conciencia del cambio. Yo atesto a la identidad/ciudadanía/estado de residencia legal de los niños listados y certifico bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**POR FAVOR NOTE:** Si su niño o niña no es elegible para PeachCare, el/ella podría calificar para Medicaid. Su solicitud será remitida a Medicaid para su revisión. Medicaid ofrece los mismos beneficios de PeachCare y no requiere de un pago. Medicaid puede ayudar con recibos médicos sin pagar por los últimos tres meses. Si su niño o niña es elegible para Medicaid, usted debe estar de acuerdo a solicitar un número de Seguro Social para su niños.

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

Yo autorizo la divulgación de información personal y financiera de PeachCare para KidsTM, el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia y la División de Servicios para la Familia y Niños de Georgia. Yo entiendo que mi caso puede ser objeto de una revisión de control de calidad y estoy de acuerdo en cooperar en el proceso de revisión.

**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 quedará afectada la elegibilidad por raza, color, étnia, edad, incapacidad o sexo, salvo donde lo exija la ley.

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

If you would like this application in English, please call 1-877-427-3224.