

**CARETAKER SUPPLEMENT  
INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD  
CARETAKER SUPPLEMENT INSTRUCTIONS FOR APPLICATION**

El Caretaker Supplement (CTS) de Wisconsin es un beneficio en efectivo al que pueden acceder los padres que reciben Supplemental Security Income (SSI). Sólo se paga en efectivo a los padres que viven con sus hijos menores y se ocupan de ellos, y que tienen ingresos y bienes limitados. El Caretaker Supplement no es un beneficio de Medicaid; **no** es una solicitud para programas de asistencia como FoodShare, Medicaid, cuidado infantil o W-2. Encontrará más información sobre cómo solicitar estos programas en la página web del Department of Health Services, que puede consultar en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/apply.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/apply.htm).

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, póngase en contacto con la agencia local de su condado o tribu. Localice su agencia local en [dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency).

Si tiene alguna discapacidad y necesita las instrucciones y la solicitud en un formato alternativo o traducirlas a otro idioma, póngase en contacto con el servicio de atención para miembros llamando al 800-362-3002. Todos los servicios de traducción son gratuitos.

**¿CÓMO USAR ESTE FORMULARIO?**

1. Lea las instrucciones en su totalidad antes de llenar la solicitud.
2. Llene en el formulario en su computadora o imprímalo y llénelo a mano utilizando tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud por completo. En caso de no llenarla por completo, puede generarse un retraso al recibir los beneficios del CTS. Si su solicitud no está completa o si solicitó la elegibilidad retroactiva, la agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para obtener más información.
4. Ingrese la información de todas las personas que viven en su hogar. Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.
5. Si hay alguien en el hogar está embarazada, incluya con su solicitud una nota firmada y fechada por el médico u otro profesional médico en la que se confirme el embarazo y se indique la fecha prevista del parto.
6. Puede autorizar a un representante para que presente la solicitud en su nombre. Llene y envíe el formulario de representante autorizado (F-10126) junto con su solicitud. Para obtener este formulario, póngase en contacto con el servicio de atención para miembros al 800-362-3002. Este formulario autoriza a un representante para que llene y firme la solicitud en su nombre. Un tutor legal, guardián, poder notarial o poder notarial duradero autorizado para actuar en este tipo de asuntos puede presentar la solicitud en nombre de una persona sin necesidad de que ésta lo autorice por separado.
7. Escriba todas las fechas utilizando el formato MM/DD/AAAA. Por ejemplo: 8/31/2022.
8. Si necesita más espacio para facilitar la información requerida, adjunte una hoja adicional.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

A continuación, se ofrece información importante para cumplir con los requisitos del Caretaker Supplement.

- La fecha de su solicitud es la fecha en la que la agencia local de su condado o tribu la recibe. La solicitud debe incluir al menos su nombre, dirección y firma. En un plazo de 30 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud, se le enviará por correo una decisión sobre si cumple con los requisitos para recibir el CTS. Los formularios sin firmar no se tramitarán y se devolverán.
- Sus derechos y responsabilidades figuran en la sección 10. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades, póngase en contacto con la agencia local de su condado o tribu en: [dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency).

- Si se considera que cumple con los requisitos para recibir el CTS, deberá realizar una revisión cada 12 meses para determinar que aun cumple los requisitos. Debe comunicar cualquier cambio en sus ingresos o en su hogar a la agencia local de su condado o tribu en: ([dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency)) en un plazo de 10 días a partir de que suceda dicho cambio.
- Para recibir los pagos del Caretaker Supplement por cualquier niño a su cargo, debe conceder al estado el derecho a cobrar la manutención infantil o familiar ordenada por el tribunal para ese niño. El Estado tiene derecho a utilizar parte de la manutención para reembolsar el costo federal de las ayudas suplementarias para cuidadores que usted recibe. Los pagos de manutención retenidos por el estado no pueden ser superiores al 25% de la cantidad total de la manutención pagada. El Estado le enviará el 75% de la cantidad total de la manutención pagada.

Se le notificará cualquier cambio que afecte a su manutención. El derecho del estado a cobrar la manutención ordenada por el tribunal finaliza cuando usted deja de recibir los pagos del Caretaker Supplement.

Al firmar la solicitud del Caretaker Supplement, concede al estado el derecho a cobrar la manutención ordenada por el tribunal.

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

### Nombre de la persona que solicita el Caretaker Supplement

Ingrese su apellido, nombre e inicial.

### Número de teléfono

Ingrese su número de teléfono de 10 dígitos (incluya el prefijo, por ejemplo 608-292-4021).

### Dirección

Ingrese su dirección, ciudad, estado y código postal.

### Dirección postal

Ingrese la dirección postal a la que desea que se le envíe la información relativa a su CTS. Puede ser su dirección actual o la de su representante autorizado.

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN GENERAL

El criterio para cumplir con los requisitos para recibir el Caretaker Supplement se determina en función de los miembros de la familia que vivan en su hogar. Llene esta sección de la solicitud para todos los miembros de la familia que viven en su hogar.

### Nombre

Ingrese los apellidos, el nombre y la inicial del segundo nombre de todos los miembros de la familia que viven en su hogar. Puede incluirse a usted, su cónyuge, padre, madre, hijos o hijos adoptivos, entre otros.

### Número de Seguro Social

Ingrese el Número de Seguro Social (SSN) de todos los miembros de su hogar que soliciten el CTS. Si algún miembro de su hogar no solicita el CTS, no es necesario que facilite el SSN de esa persona.

Proporcionar o solicitar un SSN es voluntario; sin embargo, cualquier persona que desee beneficiarse del CTS pero no quiera proporcionar su SSN ni solicitarlo no podrá acceder a los beneficios.

La información del Número de Seguro Social se utilizará para la administración directa del programa CTS. Su SSN permite realizar un análisis informático de su información con agencias gubernamentales como el Internal Revenue Service (IRS), la Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development.

Su SSN **no** se compartirá con el U.S. Citizenship and Immigration Service (USCIS).

### Fecha de nacimiento

Ingrese la fecha de nacimiento de todos los miembros de su hogar.

### Género

Marque "M" para cada miembro masculino de su hogar. Marque "F" para cada miembro femenino de su hogar.

### Estado civil

Ingrese en el espacio correspondiente el código que mejor describa el estado civil de cada miembro de su hogar.

A	=	Anulado
D	=	Divorciado(a)
LS	=	Legalmente separado(a)
M	=	Casado(a)
S	=	Separado(a)
N	=	Soltero(a)
W	=	Viudo(a)

### ¿Es usted un ciudadano estadounidense?

Marque "Sí" para cada miembro de su hogar que sea ciudadano estadounidense. Marque "No" para cada miembro de su hogar que no sea ciudadano estadounidense. Si marcó "No" para alguno de los miembros del hogar que solicitan el CTS,

presente una copia por ambos lados de la documentación de inmigración con esta solicitud. Puede enviar la información al USCIS para su verificación para aquellos que soliciten estos programas.

Si algún miembro de su familia no solicita el CTS, no es necesario que aporte pruebas de su condición de inmigrante.

### ¿Cuál es su origen racial o étnico? (Opcional)

Ingrese el código o códigos que mejor describan la raza o etnia de cada miembro de su hogar. No tiene que contestar a las preguntas sobre etnia y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas con el fin de mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no se discrimine por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión con respecto a sus beneficios.

**Etnia:**

H = Hispano o latino

**Raza:**

A = Asiático

B = Negro o afroamericano

I = Nativo americano o nativo de Alaska

P = Hawaiano o de otras islas del Pacífico

W = Blanco

**Relación con el solicitante**

Indique la relación de cada persona que aparece en la lista con el solicitante.

## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL PROGENITOR AUSENTE

Un requisito del CTS es la cooperación con la identificación de los progenitores ausentes del hogar. Llene esta sección con la mayor exactitud posible para cada progenitor ausente del hogar. Si por cualquier motivo no desea facilitar información sobre un progenitor ausente, deje esta sección en blanco.

Si deja esta sección en blanco, la agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para obtener información adicional.

### ¿Algún menor tiene un progenitor biológico o adoptivo que no viva en casa?

Marque "Sí" si alguno de los menores que viven en su hogar tiene un progenitor biológico o adoptivo que no vive en el hogar. Si eligió "Sí", llene toda la sección 3.

Marque "No" si los menores que se encuentran en su hogar viven en el mismo hogar con ambos progenitores biológicos o adoptivos. Si eligió "No," continúe en la sección 4.

**Nombre**

Ingrese el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cualquier progenitor ausente del hogar.

**Número de Seguro Social**

Ingrese el Número de Seguro Social (SSN) del progenitor ausente, si lo conoce. Si deja esta sección en blanco, la agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para obtener información adicional.

**Fecha de nacimiento**

Ingrese la fecha de nacimiento del progenitor ausente, si la conoce. Cuando ingrese la fecha de nacimiento, utilice el número para el mes, el día y el año.

**Nombre del menor(es)**

Ingrese el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cualquier menor o menores del progenitor que esté ausente en el hogar.

**Relación con el menor(es)**

Escriba "Progenitor," "Madre," o "Padre" para indicar la relación del progenitor ausente con los hijos que figuran en la lista.

**Motivo de la ausencia del progenitor**

Indique el motivo por el que el progenitor no vive en el hogar (por ejemplo, divorciado, separado, no casado, imposible de localizar).

**Fecha en la que el progenitor abandonó el hogar**

Indique la fecha en que el progenitor ausente abandonó el hogar, si se conoce.

**Fecha del último contacto con el progenitor**

Ingrese la fecha del último contacto con el progenitor ausente.

**Orden judicial sobre el divorcio o paternidad**

Si hay una orden judicial de divorcio o paternidad, ingrese el número de caso, el condado y el estado de la orden que se emitió.

**SECCIÓN 4: EMPLEO**

El Caretaker Supplement se determina según los ingresos totales de su familia (incluidos los hijos menores de edad). Indique los ingresos brutos mensuales previstos para el mes en curso y el siguiente por cada miembro de su hogar.

**¿Trabaja usted o algún miembro de su hogar, además de por cuenta propia?**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar trabaja y no es por cuenta propia y llene el resto de la sección 4. Marque "No" si ningún miembro de su hogar trabaja y pase a la sección 5.

**¿Alguna de las personas indicadas en la sección 4 es un trabajador migrante?**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar es un trabajador migrante y llene el resto de la sección 4. Marque "No" si ningún miembro de su hogar es un trabajador migrante.

**Nombre de cada persona que trabaja**

Ingrese los apellidos y el nombre de cada miembro de su hogar que trabaja.

**Nombre, dirección y número de teléfono del empleador**

Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador de cada miembro de su hogar que trabaja.

**Fecha de inicio del trabajo**

Ingrese la fecha de inicio del trabajo de cada miembro de su hogar que trabaja.

**Ingresos brutos mensuales previstos para este mes**

Indique los ingresos brutos mensuales previstos (antes de impuestos y deducciones) para este mes por cada miembro de su hogar que trabaja.

**Ingresos brutos mensuales previstos para el próximo mes**

Indique los ingresos brutos mensuales previstos (antes de impuestos y deducciones) para el próximo mes por cada miembro de su hogar que trabaja.

**SECCIÓN 5: TRABAJO POR CUENTA PROPIA****¿Trabaja usted o algún miembro de su hogar por cuenta propia?**

Marque "Sí" si usted o algún miembro de su hogar trabaja por cuenta propia. Si marcó "Sí", llene el resto de la sección 5. Anote las cantidades que declaró al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje en blanco las casillas de ingresos anuales netos y depreciación. Su agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para más información.

Marque "No" si ningún miembro de su hogar trabaja por cuenta propia y continúe en la sección 6.

**Trabajador por cuenta propia**

Ingrese los apellidos, el nombre y la inicial del segundo nombre de cada persona del hogar que trabaja por cuenta propia.

**Nombre y dirección de la empresa**

Ingrese el nombre y la dirección de la empresa de cada persona del hogar que trabaja por cuenta propia.

**Tipo de negocio**

Ingrese el tipo de negocio de cada persona del hogar que trabaja por cuenta propia.

**Ingreso anual neto**

Ingrese el ingreso anual neto de cada persona del hogar que trabaje por cuenta propia. Indique las cantidades declaradas al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje esta casilla en blanco. La agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para más información.

**Cantidad amortizada declarada**

Indique las cantidades declaradas al IRS en sus declaraciones de impuestos. Si no declaró impuestos el año pasado, deje esta casilla en blanco. La agencia local de su condado o tribu se pondrá en contacto con usted para más información.

**Ingresos que espera obtener este año**

Ingrese la cantidad de los ingresos brutos anuales (antes de impuestos y deducciones) de cada persona dentro del hogar que trabaja por cuenta propia.

**SECCIÓN 6: INGRESOS NO SALARIALES****Otro tipo de ingresos**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar recibe ingresos no salariales. Marque "No" si los miembros de su hogar no perciben ingresos no salariales. Si su respuesta es "Sí", llene la sección 6 para cada tipo de ingresos.

**Nombre**

Ingrese el nombre de la persona para los tipos de ingresos que se marcaron "Sí".

**Cantidad bruta mensual**

Indique la cantidad bruta mensual percibido para cada tipo de ingreso para los que marcó "Sí".

**SECCIÓN 7: ACTIVOS****Nombre**

Ingrese el nombre de la persona propietaria del tipo de activo enumerado.

**Valor actual**

Ingrese el valor actual del activo.

**Descripción**

Describa el activo (por ejemplo, en el caso de una cuenta corriente, indique el nombre del banco o entidad financiera, los números de cuenta, entre otros datos).

**Bienes vendidos o regalados**

Marque "Sí" si algún miembro de su hogar ha regalado o vendido algún bien (incluidos vehículos) por menos del valor justo de mercado **en los últimos dos años**. Por valor justo de mercado entendemos la cantidad que obtendría si lo vendiera en el mercado abierto.

**SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS****Tipo de vehículo**

Indique el tipo de vehículo. Incluya todos los vehículos que sean propiedad mancomunada con otra persona.

**Año, marca y modelo del vehículo**

Ingrese el año, la marca y el modelo del vehículo.

**Nombre del propietario**

Indique el nombre del propietario del vehículo. Si el vehículo es de propiedad mancomunada, indique los nombres de todos los propietarios.

**¿Cuál es la cantidad aun adeudada por el vehículo?**

Si todavía debe dinero por este vehículo, indique la cantidad aun adeudada.

**¿Utiliza este vehículo para acudir a citas médicas?**

Marque "Sí" si utiliza este vehículo para acudir a citas médicas. Marque "No" si no utiliza el vehículo para acudir a citas médicas.

**¿Utiliza este vehículo para el trabajo, la capacitación, la escuela o la agricultura?**

Marque "Sí" si este vehículo se utiliza para el empleo, la capacitación, la escuela o la agricultura. Marque "No" si este vehículo no se utiliza para el empleo, la capacitación, la escuela o la agricultura.

**SECCIÓN 9: EMBARAZO****¿Hay algún miembro de su familia embarazada?**

Marque "Sí" si hay alguien embarazada en su hogar. Marque "No" si no hay nadie embarazada en su hogar.

Si marcó "Sí," responda a las preguntas que aparecen a la derecha de la casilla Sí o No. Si eligió "No," pase a la sección 10.

**Nombre de la persona embarazada**

Ingrese el nombre y los apellidos de cualquier persona embarazada en su hogar.

**Fecha prevista de parto**

Indique la(s) fecha(s) prevista(s) de parto de las personas embarazadas de su hogar (por ejemplo, si la fecha prevista de parto es el 3 de abril de 2023, ingrese 04/03/2023 en el espacio proporcionado). Deberá proporcionar al departamento de servicios sociales o humanos de su condado o tribu el control emitido por un profesional médico de cada embarazo y fecha prevista de parto.

**SECCIÓN 10: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Lea todos sus derechos y responsabilidades. Marque cada casilla para indicar que los ha leído y comprendido.

Su firma en la solicitud significa que entiende y reconoce que la agencia local de su condado o tribu, la agencia W-2 y el Department of Health Services estatal están autorizados a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del programa Caretaker Supplement autorizado por la ley de Wisconsin.

Su firma en la solicitud también significa que otorga al estado el derecho a cobrar la manutención o la ayuda familiar ordenada por un tribunal, tal y como se describe anteriormente en la sección INFORMACIÓN IMPORTANTE.

**SUS DERECHOS**

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto.
- Recibir un trato justo y no ser discriminado.
- Que se mantenga la confidencialidad de su información privada.
- Ver los registros y archivos de la agencia relacionados con usted, excepto la información obtenida de una fuente confidencial.
- Obtener servicios lingüísticos gratuitos.
- Recibir una decisión sobre su solicitud en un plazo de 30 días a partir del día en que la agencia reciba su solicitud.
- Que se le comunique con antelación si se van a reducir o suprimir sus beneficios del CTS y el motivo del cambio.
- Pedir ayuda a la agencia para obtener la información necesaria y las pruebas que le hayan solicitado.

**Tiene derecho a** solicitar los beneficios del CTS para cualquier mes en el que reciba SSI y no haya recibido los beneficios del W-2.

### **SUS RESPONSABILIDADES**

- Debe cooperar con la agencia de manutención de menores.
- Es responsable de obtener un Número de Seguro Social para su(s) hijo(s).
- Es responsable de informar al trabajador de su agencia, **en un plazo de 10 días**, sobre cualquier cambio en los ingresos, bienes u otras circunstancias del hogar que puedan afectar cumplir con los requisitos del CTS. Si alguno de los menores incluidos en su grupo del Caretaker Supplement deja de estar bajo su cuidado y custodia, debe comunicarlo **en un plazo de cinco días**.

Utilice el formulario "Informe de cambios" que recibe al presentar la solicitud, llame a su trabajador o informe el cambio en persona.

### **También debe informar:**

- Siempre que alguien de su hogar empiece a recibir el SSI o deje de recibirlo.
- Cuando algún miembro de su hogar cumpla 18 años, se gradúe de la escuela secundaria, obtenga el diploma GED o abandone sus estudios.
- Cuando cambie la fuente de sus ingresos.
- Cuando alguien se mude dentro o fuera de su casa. Si uno o varios menores incluidos en su grupo del Caretaker Supplement dejan de estar bajo su cuidado y custodia, debe comunicarlo en un plazo de cinco (5) días.
- Cuando alguien en su hogar tiene un cambio en los ingresos de trabajo.
- Al cambiar los ingresos no salariales, el dinero en efectivo, las cuentas corrientes o de ahorro, las acciones, los bonos u otros activos de su hogar.
- Cuando el patrimonio total de sus hijos supere los \$1,000.
- Cuando alguien de su hogar se case, se divorcie, se embarace o dé a luz.
- Cuando cambien sus gastos por cuidado de hijos o dependientes.
- Cuando cambie de dirección.
- Cuando usted o alguien de su hogar reciba un pago único como una indemnización por daños personales, una herencia, un pago inesperado, beneficios retroactivos como el Seguro Social o Seguro de Desempleo. Es posible que no cumpla con los requisitos para recibir el CTS durante un tiempo si recibe un pago único. No gaste este dinero hasta que se haya puesto en contacto con su trabajador para averiguar si habrá un periodo de tiempo durante el cual deberá utilizar este dinero para hacer frente a los gastos corrientes de manutención.
- Cualquier otro cambio que afecte a su derecho o a la cantidad otorgada de sus beneficios.

Tiene derecho a apelar cualquier medida adoptada en relación con su solicitud de Caretaker Supplement o con los beneficios en curso con la que no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo a:

Wisconsin Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
P.O. Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

O llamando al: 608-266-7709

Además, puede contactar a la agencia local de su condado o tribu en: ([dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency)) y solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito.

El Department of Health Services es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Para preguntas sobre derechos civiles, llame al 608-267-4955, extensión para sordomudos (TTY): 711.



Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el:

- Wisconsin Department of Health Services  
Civil Rights Coordinator  
1 W. Wilson Street, Room 651  
PO Box 7850  
Madison, WI 53707-7850  
Teléfono: 608-267-4955, extensión para sordomudos: 711  
Fax: 608-267-1434  
[dhsrcr@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsrcr@dhs.wisconsin.gov)

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal en la página <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

- Además de por correo o por teléfono en:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 Para sordomudos (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Llenó la solicitud por completo?
- Si no es ciudadano estadounidense, ¿incluyó una copia de ambos lados de sus documentos de inmigración?
- Si está embarazada, ¿incluyó una nota firmada y fechada por un médico u otro profesional médico en la que se indique que está embarazada y la fecha prevista del parto?
- ¿Leyó la sección de derechos y responsabilidades?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Incluyó el formulario de representante autorizado (F-10126) si actúa en nombre de un solicitante?

Envíe la solicitud llena a la agencia local de su condado o tribu. Las direcciones de las agencias locales de su condado o tribu pueden encontrarse en: [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency) o llamando a servicios de atención para miembros al 800-362-3002.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROGRAMA

Si está interesado en contactar a los servicios para veteranos, llame al 800-947-8347 (WIS-VETS), o póngase en contacto con el oficial de servicios para veteranos (Veteran Service Officer) de su condado.

Para obtener información sobre el programa de nutrición Women, Infants, and Children (WIC), llame al 800-722-2295.

Para obtener información sobre los servicios para mujeres, niños y familias, póngase en contacto con la línea directa del Maternal Child de Wisconsin al 800-722-2295.