



KEN PAXTON
ATTORNEY GENERAL OF TEXAS

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS POR CUIDADO INFANTIL
Para que se aprueben los beneficios por cuidado infantil, debe proporcionar toda la información.

Reclamo: _____ Persona que presenta la solicitud _____

Explique a continuación por qué el cuidado infantil es un nuevo gasto causado como resultado del delito.

Four horizontal lines for providing an explanation of the expense.

Mencione a todos los niños por quienes solicita beneficios de cuidado infantil:

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento: _____

Proporcione el nombre y la información de contacto de su empleador. Si está desempleado pero inscrito en un programa educativo, proporcione la información de contacto de la institución. Adjunte a este formulario el comprobante de empleo o inscripción a la institución educativa:

Nombre del empleador o institución educativa _____
Persona de contacto _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____
Número de teléfono _____

Marque cada casillero luego de haber leído y completado la instrucción:

- Se adjunta una copia de la licencia del centro de cuidados infantiles. Comprendo que solo se puede aprobar el cuidado brindado por un proveedor acreditado, registrado o certificado.
Se adjunta el comprobante de empleo o inscripción a la institución educativa.
Se adjunta una copia del cuadro tarifario del centro de cuidado infantil.
Comprendo que la tarifa máxima aprobada es de \$100 semanales por cada menor aprobado para delitos cometidos entre el 9/1/1995 y el 7/14/16, y de \$300 semanales por cada menor aprobado para delitos cometidos a partir del 7/15/16.
Comprendo que, para las víctimas sobrevivientes, la cobertura de los gastos del cuidado infantil está limitada a 90 días o 13 semanas para delitos cometidos entre el 5/8/05 y el 7/14/16. En el caso de delitos cometidos a partir del 7/15/16, la cobertura de los gastos del cuidado infantil podrá extenderse durante 52 semanas consecutivas.
Comprendo que la cobertura por el cuidado infantil está limitada a menores que tengan catorce años de edad o menos.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES CORRECTA Y VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA

FIRMA

Rev. 10/24/16