



CIUDAD DE RIALTO SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA CUIDADO DE NIÑOS

**Las solicitudes se procesan según vayan llegando.
Las solicitudes se procesarán hasta que se asignen todos los fondos.**

En respuesta al duro impacto económico que COVID-19 ha tenido en los residentes de la Ciudad de Rialto (Ciudad), se implementó el Programa de Asistencia de Cuidado de Niños para ayudar a los residentes de la Ciudad con un reembolso único de hasta \$ 1,500 por asistencia de cuidado de niños. Se pueden solicitar reembolsos por los gastos de cuidado infantil ya desembolsados desde el 3 de marzo de 2021 hasta la actualidad.

Por favor, escriba en computadora o use tinta. No use lápiz. Escriba de forma legible. No deje espacios en blanco. Todos los espacios en blanco deben completarse. Si una pregunta no es aplicable, aún debe responder escribiendo "N / A" (no aplicable) en lugar de dejar el espacio en blanco.

Envíe la solicitud completa con los documentos de respaldo a rialtocares@rialtoca.gov o lleve la solicitud al Ayuntamiento a la atención a Avant Garde - Rialto Cares al (909)816-2863 o (909)816-2960, 150 S. Palm Ave, Rialto, CA 92376.

LISTA DE VERIFICACIÓN

Por favor, asegúrese de que todos los siguientes elementos estén incluidos en su solicitud. Solicitudes presentadas con información incompleta no serán procesadas.

PASO UNO. Determine su elegibilidad para el programa (Todos los siguientes elementos en el Paso 1 deben estar marcados para establecer su elegibilidad:

- Soy residente de Rialto
- La dirección de mi residencia principal está dentro de la sección censal elegible Q mis ingresos están dentro de los "Límites Bajos de Ingresos" establecidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD). (Por favor, revise la Sección Censal Elegible que se encuentra en la página 5 o revise la Table de Ingresos 2022 establecida por HUD que se encuentra en la página 6)
- Actualmente no recibo ninguna otra forma de asistencia para el cuidado de los niños.

PASO DOS. Presente los siguientes documentos:

- Solicitud completa de Reembolso para Cuidado de Niños (Este formulario)
- Recibo del proveedor y comprobante de pago Q Declaración bajo juramento si pago en efectivo
- Copia de identificación gubernamental (I.D.) Y Copia de una factura de Servicios Públicos si la identificación no tiene la dirección de la Ciudad de Rialto
- Forma de Verificación de la Sección Censal Elegible
- Formulario W-9 completo (será proporcionado por el personal si es aprobado)



- Formulario de Proveedor Individual (si es aplicable)
- Identificación gubernamental del Proveedor Individual (si es aplicable)

SOLUCITUD DE REEMBOLSO PARA CUIDADO DE NIÑOS DE LA CIUDAD DE RIALTO

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA: _____

Nombre del Solicitante(s): _____

Dirección:

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

a. Información del Dependiente

Por favor escriba el nombre de cada niño (dependiente) elegible en su hogar:

Nombre del Dependiente: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Dependiente: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Dependiente: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Dependiente: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

b. Impacto del COVID-19

Durante el período de tiempo del 27 de marzo de 2020, hasta el presente, ¿se vio afectado usted, o cualquier miembro de su hogar, por la pandemia de COVID-19?

Sí No

2. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (complete para cada dependiente)

Nombre del Proveedor de Cuidado: _____



Nombre del niño que cuida: _____

Dirección del Proveedor: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Proveedor: _____

Nombre del niño que cuida: _____

Dirección del Proveedor: _____

Correo Electrónico: _____ Telefono: _____

3. CANTIDAD DE REEMBOLSO SOLICITADA

Por favor presente comprobante de pago por cada cantidad solicitada.

Por favor escribe el mes, día, o semana y la cantidad de reembolso aquí:

Mes/Dia/Semana	Cantidad
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Cantidad Total de Reembolso Solicitada: \$ _____

Si solicita el reembolso de una niñera privada, complete también el Formulario de información del proveedor individual.



Garantías Y Firmas

Certifico que la información incluida en esta solicitud y la documentación aportada es verdadera y correcta. Entiendo que la sanción por proporcionar información falsa y / o no proporcionar la documentación requerida resultará en la desaprobación de mi solicitud de reembolso de cuidado de niños. Reconozco que no he recibido otra forma de asistencia para el cuidado de los niños durante el período de tiempo solicitado de reembolso.

Además, certifico que los dependientes por los que solicito el reembolso han vivido conmigo durante más de la mitad del año. Entiendo que la Ciudad se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para determinar mi elegibilidad para el reembolso.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha



Qualified Census Tract Verification

To be eligible for childcare expense reimbursement assistance, the applicant must meet either the Low Mod Area Benefit (LMA) criteria or be income eligible. The applicant meets the LMA National Objective if, the applicant's residence is located in an area where at least 51 percent of the residents are LMA persons.

Please complete all the information below. If you need additional guidance, please contact Avant Garde staff at (909) 816-2863 or (909) 816-2960.

APPLICANT INFORMATION

Applicant name(s): _____

Applicant address: _____

Applicant phone number: _____

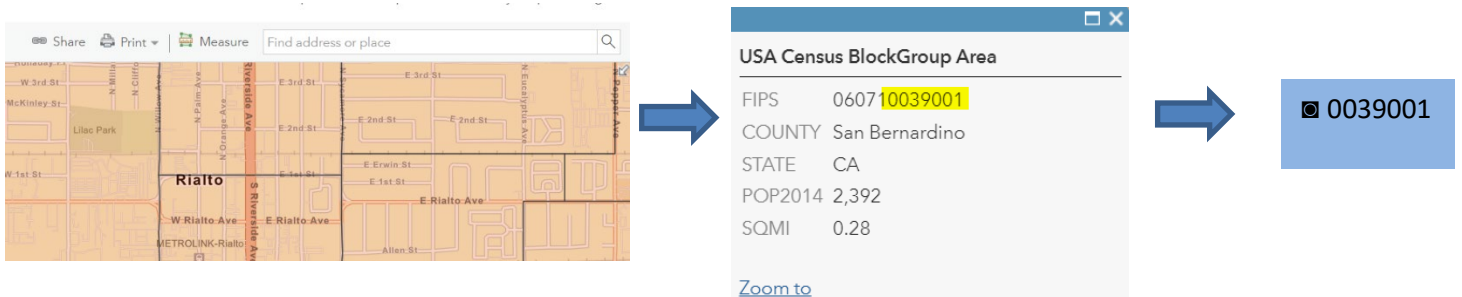
Dependent name(s): _____

DETERMINING CENSUS TRACT & BLOCK GROUP

To determine if your residence falls within an eligible census tract/block group, please complete the following steps.

1. Visit the website below:
 - <https://arcg.is/vPmrb>
2. Enter your residence address.
3. Click on the map where your address is located. Find the number under the "FIPS" section: the last 7 digits is your Census Block Group.

Example:





4. Please Check the corresponding census tract / block group number below.

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0034032 | <input type="checkbox"/> 0035052 | <input type="checkbox"/> 0036071 | <input type="checkbox"/> 0039001 |
| <input type="checkbox"/> 0034041 | <input type="checkbox"/> 0035061 | <input type="checkbox"/> 0036091 | <input type="checkbox"/> 0039002 |
| <input type="checkbox"/> 0034052 | <input type="checkbox"/> 0035062 | <input type="checkbox"/> 0036093 | <input type="checkbox"/> 0040032 |
| <input type="checkbox"/> 0034053 | <input type="checkbox"/> 0035091 | <input type="checkbox"/> 0036122 | <input type="checkbox"/> 0040041 |
| <input type="checkbox"/> 0035051 | <input type="checkbox"/> 0035101 | <input type="checkbox"/> 0037001 | <input type="checkbox"/> 0043011 |
| <input type="checkbox"/> 0043023 | <input type="checkbox"/> 0035102 | <input type="checkbox"/> 0037002 | |

My residential address is not in a census tract listed above. I understand that the City will contact me to complete the Supplemental Application Forms and submit financial documents to determine my income eligibility per the below U.S. Department of Housing and Urban Development 2022 Income Limits.

Maximum Annual Household Income Limits as Determined by HUD effective April 2022								
Persons in Household								
	1	2	3	4	5	6	7	8
80% Moderate Income	\$49,300	\$56,350	\$63,400	\$70,400	\$76,050	\$81,700	\$87,300	\$92,950



**CITY OF RIALTO CHILDCARE REIMBURSEMENT REQUEST:
INDIVIDUAL PROVIDER INFORMATION
(Only complete if applicable)**

Private Babysitter Information (complete for each babysitter, if requesting reimbursement for multiple providers)

Name of Provider: _____

Name of dependent being cared for: _____

Address of Provider: _____

Social Security Number of Provider: _____

Name of Provider: _____

Name of dependent being cared for: _____

Address of Provider: _____

Social Security Number of Provider: _____

Name of Provider: _____

Name of dependent being cared for: _____

Address of Provider: _____

Social Security Number of Provider: _____

Provider Name

Provider Signature

Date

Provider Name

Provider Signature

Date

Provider Name

Provider Signature

Date



**CITY OF RIALTO CHILDCARE REIMBURSEMENT REQUEST:
PROOF OF PAYMENT AFFIDAVIT
(Only complete if applicable)**

Name of Provider: _____

Provider Address: _____

Name of Dependent: _____

I, _____, have received cash payment from _____
(provider name) (applicant name)

in the amount of \$ _____, for childcare services provided for, _____.
(dependent name)

The dates for the childcare services were _____.

The dates for payment were _____.

I certify the information included in this affidavit is true and correct. I understand that the penalty for providing false information will be the denial of the Applicant's childcare reimbursement request.

Provider Name

Provider Signature

Date

Applicant Name

Applicant Signature

Date