

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA  
Form CD 9600A, (Rev. 01/04)

**Recopilación de datos acerca del cuidado infantil  
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45 del Código de Regulaciones Federales*, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5 del Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social. Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

☐ SÍ, pueden utilizar mi número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☐ NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

\_\_\_\_\_  
Firma del jefe o jefa de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta