



## Programa para Asientos de Autos de Empowerment del Condado de Johnson

Johnson County Empowerment/ECIA tiene fondos para apoyar a las familias a proporcionar asientos de seguridad para sus bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar.

Complete la solicitud adjunta y envíela, con una copia de las tarjetas de Medicaid MCO (AmeriGroup, AmeriHealth Caritas, o United Healthcare) de padre e hijo, a Laurie Nash a:

Safe Car Seats Attn: Laurie Nash  
855 S. Dubuque Street, Ste. 202B  
Iowa City, IA 52240

### Preguntas frecuentes

**P1. ¿Quién es elegible?**

R1. Familias con niños de 0-5 años e ingresos menores que el 200% del nivel federal de pobreza que aún no tienen un asiento seguro para el auto.

**P2. ¿Qué clase de asientos están disponibles?**

R2. Asientos para bebés orientados hacia atrás, asientos convertibles que se encuentran en la parte trasera y frontal, asientos de arnés de 5 puntos para niños pequeños y/o refuerzos con respaldo alto para niños en edad preescolar. Tome en cuenta que los asientos para bebés generalmente duran solo un año y las familias solo pueden recibir 1 asiento por niño.

**P3. ¿Dónde puedo obtener el asiento?**

R3. Las familias deben llamar a su policía local o estación de bomberos para establecer un horario para obtener el asiento. Debe informar a Laurie con anticipación dónde le gustaría obtener su asiento. Los técnicos no siempre están disponibles. **Usted debe ir en un momento en que haya un técnico disponible.**

**P4. ¿Cuánto tiempo se tarda?**

R4. Se tarda alrededor de **1 mes** obtener el asiento. Toma alrededor de **una hora** tener instalado un asiento para auto; más tiempo si es más de un asiento.

**P5. ¿Qué debo llevar a la estación de bomberos/policía?**

R5. Traiga su comprobante verde, su auto, y sus hijos. **Traiga un intérprete si es necesario.**

**P6. ¿Qué obtengo?**

R6. Obtendrá los asientos para auto enumeradas en su comprobante verde junto con todas las instrucciones y accesorios. **NO** obtendrá la caja en la que viene el asiento para auto.



### Proceso de Solicitud de Asiento para Auto

1. Complete una solicitud de asiento para auto y devuélvala a Empowerment. Incluya una copia de las tarjetas Medicaid MCO para padres e hijos (AmeriGroup, AmeriHealth Caritas, o United Healthcare). Conserve una copia de esta página con la información en ella.
2. Empowerment se pondrá en contacto con usted para cualquier duda, para verificar que tipo de asiento necesita y para decidir dónde recogerá su asiento. Puede tomar hasta 1 mes para obtener su asiento.
3. Empowerment llevara el asiento a la estación de bomberos o de policía y enviara a la familia un comprobante verde.
4. Cuando reciba el comprobante verde en el correo, llame al departamento de policía o bomberos que usted eligió y establezca un horario para que un técnico certificado instale el asiento en su auto. Tomará aproximadamente una hora para instalar un asiento. Los técnicos no están disponibles todo el tiempo. **Usted debe ir en un horario que haya un técnico disponible para instalar su asiento.**
5. Lleve el comprobante y sus hijos con usted en su auto a la estación de policía/bomberos. Traiga un intérprete si es necesario. Usted obtendrá el asiento durante esa visita.

<p>Johnson County Empowerment/ECIA Comprobante de asiento para auto PADRES:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Llame a la policía o estación de bomberos para programar un horario para obtener sus asientos y tenerlos instalados.</li><li>2. <u>Lleve el comprobante, sus hijos, y su auto</u> con usted a la estación para obtener el asiento. Traiga un intérprete si es necesario.</li><li>3. Vaya a la estación a la hora de la cita. Planee por lo menos una hora para su cita.</li><li>4. Entregue este comprobante al técnico para obtener:</li></ol> <p>_____ asientos para bebés _____ asientos convertibles _____ asientos reforzados</p> <p>Apellido familiar: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma de autorización: _____</p>
--

Si usted tiene alguna pregunta acerca del programa, por favor contacte a Laurie Nash al (319) 339-6179 o [empower@co.johnson.ia.us](mailto:empower@co.johnson.ia.us)



## Empowerment/ Asientos para Autos Primera Infancia Iowa

### NOMBRE DEL PADRE/MADRE

Dirección		Código Zip
Teléfono	Correo Electrónico	
Empleador	Trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
Escuela	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado	Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo

### NOMBRE DEL OTRO PADRE

Teléfono	Correo Electrónico	
Empleador	Horario <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
Escuela	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado	Horario <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo

### NIÑO 1 NOMBRE

		Edad
Fecha de nacimiento o esperada	Peso	¿Tiene asiento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### NIÑO 2 NOMBRE

		Edad
Fecha de Nacimiento	Peso	¿Tiene asiento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### NIÑO 3 NOMBRE

		Edad
Fecha de Nacimiento	Peso	¿Tiene asiento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cuáles niños necesitan asiento?

¿Cuál es idioma de su preferencia?  Árabe  Inglés  Francés  Español

¿Es usted propietario de auto o algún otro vehículo?  Sí  No

¿Por qué necesita un asiento?

- Mi hijo no tiene asiento
- El asiento de mi hijo fue usado antes de que lo obtuviéramos
- Mi hijo es demasiado grande para el asiento que tiene
- Nuestro asiento del coche no sirve

¿Cómo se enteró o quién le comentó sobre este programa? \_\_\_\_\_

**Dé la vuelta a esta hoja y complete la página de atrás**



## Empowerment/ Asientos para Autos Primera Infancia Iowa

**Coloque una X al lado de los programas en los que está inscrito:**

Medicaid #: AmeriHealth Caritas _____ United Healthcare _____ Amerigroup Iowa _____	Head Start/Early Head Start ____	WIC ____
Padres como Maestros Visitas al hogar de Empowerment ____	UAY Programa Padres Adolescentes ____	SNAP (Asistencia Alimentaria) ____

**Si su familia no participa en ninguno de los anteriores, complete la información a continuación.**

### Verificación de Ingresos en el Hogar para Asientos de Auto

**NOMBRE PADRE PRIMARIO:**

Fuente de ingreso:	Cantidad:
Salario/salario/remuneración	\$
Desempleo, Compensación de trabajadores, Seguro Social, o SSI	\$
Beneficios de Veteranos, Pensiones, o Retiro	\$
Manutención infantil y/o pensión alimenticia	\$
FIP y/o Asistencia Alimentaria	\$
Préstamos directos para estudiantes y fondos de cuidado infantil de la Universidad de Iowa	\$
Otros ingresos: _____	\$
<b>TOTAL INGRESO ANUAL</b>	<b>\$</b>

**NOMBRE DE OTRO PADRE:**

Fuente de ingreso:	Cantidad:
Salario/salario/remuneración	\$
Desempleo, Compensación de trabajadores, Seguro Social, o SSI	\$
Beneficios de Veteranos, Pensiones, o Retiro	\$
Manutención infantil y/o pensión alimenticia	\$
FIP y/o Asistencia Alimentaria	\$
Préstamos directos para estudiantes y fondos de cuidado infantil de la Universidad de Iowa	\$
Otros ingresos: _____	\$
<b>TOTAL INGRESO ANUAL</b>	<b>\$</b>

**INGRESO TOTAL DEL HOGAR:** \_\_\_\_\_ \$

**DOCUMENTACION:**  
 Declaración Impuestos Federales  
 Comprobantes de pagos  
 Aviso de DHS  
 Notificación de premio Universitario  
 Otro

**TAMAÑO DE LA VIVIENDA:**

**FIRMA DEL PADRE** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Mi firma autoriza a Johnson County Empowerment/ECIA a verificar mi inscripción en los programas marcados arriba.