

Nueva Jersey Cuidados para Niños

Cuidado de Niños Programa de Subsidio

Adjunto encontrará la Aplicación de Elegibilidad para Servicios de Cuidado Infantil y Educación Temprana del Programa de Asistencia para Niños en Nueva Jersey (NJCK). Por favor, tome un momento para leer la siguiente información acerca de los requisitos para ser elegible. Asegúrese de llenar la aplicación en su totalidad y presentar todos los documentos de respaldo. Toda aplicación incompleta se volverá al cliente. El Estado de Nueva Jersey requiere comprobantes de pago y firmas originales. Las aplicaciones vía fax no serán aceptadas.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

1. Debe ser un residente del Condado de Camden
2. Debe satisfacer los requisitos de ingresos (véa el gráfico)
3. Debe satisfacer uno de los siguientes criterios:
 - A. Trabajar 30 horas o más por semana
 - B. Inscrito como estudiante de tiempo completo (12 o más créditos)
 - C. Asistir a la escuela vocacional (20 o más horas por semana)
 - D. Combinación de trabajo y escuela (junto 30 horas o más por semana)

REQUISITOS DE INGRESO:

Máximo Ingreso Bruto Anual de Familia permisible
(Representa 200% del índice de pobreza federal del 2019)



Tamaño de la Familia	Ingresos Anuales
2	\$ 33,820
3	\$ 42,660
4	\$ 51,500
5	\$ 60,340
6	\$ 69,180
7	\$ 78,020

PREGUNTAS FRECUENTES:

¿Cómo envío mi aplicación? Toda aplicación y documentos de respaldo pueden ser presentados por correo o en persona al Departamento de Servicios para Niños situado en el 512 Lakeland Road, Suite 200 en Blackwood, NJ 08012. El horario de nuestra oficina es de lunes a viernes de 8:30 AM a 4:30 PM.

¿Cómo sabré el estado de mi aplicación? Todas las notificaciones sobre su aplicación, incluyendo solicitudes de documentos adicionales (**ver lista de verificación**), será por escrito. Por esta razón, es muy importante que usted nos diga si cambia de dirección.

¿Cómo sabré si mi aplicación ha sido aprobada? Si usted es elegible y los fondos están disponibles, usted recibirá acuerdos preliminares de padre, solicitante y proveedor (Preliminary PAPAS) y un manual para padres. Usted y su proveedor escogido necesitan completar, firmar y fechar el acuerdo preliminar y regresarlo a nuestra agencia. Luego de haber recibido este acuerdo, un trabajador asignado emitirá un contrato de cuidado para niños.

¿Cómo se administrarán los fondos de cuidado infantil? Todos los pagos se emiten a través de un sistema electrónico de cuidado para niños (ECC). Por esta razón, usted está obligado a registrar su asistencia diaria con una tarjeta de EBT en el sistema de maquina ECC o llamando a través del sistema telefónico IVR. El pago se realiza directamente al proveedor basado en su uso diario del sistema ECC. Si no usa el sistema habrá una cuenta pendiente de pago al proveedor, que usted será responsable de pagar. Esto también puede resultar en la cancelación del cuidado infantil.

INSTRUCCIONES PARA QUE EL SOLICITANTE COMPLETE EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Las instrucciones siguientes van ligadas con las distintas secciones de este formulario. Por favor léalas con detenimiento.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN A:

1. Escriba su nombre completo (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre), número de seguro social y fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque una ó más de la(s) casilla(s) correspondiente(s) proporcionada(s) para indicar su raza. Marque la casilla correspondiente para indicar su etnicidad y sexo. Marque la casilla correspondiente para indicar el parentesco del padre/solicitante con el(los) menor(es) para el(los) cual(es) se está llenando la solicitud de asistencia. Si usted no es un pariente inmediato (padre/madre), sírvase indicar si usted representa otro adulto responsable, padre de crianza u otro. Si la respuesta es “otro”, por favor especifique.
2. Si aplica al caso (reside en el hogar), escriba el nombre completo de su cónyuge o cosolicitante, el número de seguro social y la fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque las casillas apropiadas proporcionadas para indicar la raza, etnicidad y sexo del cosolicitante/cónyuge.
3. Escriba la dirección de su hogar y el condado donde usted reside. Escriba el distrito escolar en el que está(n) su(s) hijo(s).
4. Escriba el número de teléfono de su casa.
5. Escriba el “tamaño de la familia”, lo cual quiere decir el número de adultos (personas de 18 años de edad en adelante que tienen responsabilidad legal por los menores), así como adultos dependientes (personas de 18 años de edad o mayores) que forman parte de la unidad familiar inmediata y el número de menores dependientes (personas menores de 18 años).
Ejemplos: En una familia donde hay sólo un padre con dos menores, escriba: “Núm de adultos: 1; Núm de menores: 2”.
En una familia donde hay dos padres con un dependiente adulto (abuelo) y dos menores indique: “Núm de adultos: 3; Núm de menores: 2”
Nota: Si usted es padre/madre soltero/a, y si usted y su(s) hijo(s) vive(n) con su madre y padre, NO incluya a los abuelos en el tamaño de la familia.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN B:

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE INGRESO BASADA EN EL AÑO ACTUAL. LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO. INDIQUE LAS CANTIDADES BRUTAS A MENOS QUE SE PIDA LO CONTRARIO. SI NO RECIBE NADA EN UNA CATEGORÍA ESPECÍFICA, ESCRIBA “0”.

Para cada adulto (solicitante, cosolicitante u otro adulto independiente) que reside en la unidad del hogar, indique toda la información actual de ingresos. Se proporcionan columnas para escribir la información de ingreso ya sea por semana, cada dos semanas, mes o año. Para padres separados o divorciados, incluya únicamente ese ingreso (tal como pensión infantil o alimenticia) que está disponible a la familia con la custodia.

1. Indique todo el ingreso bruto proveniente de sueldo y salarios.
2. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de pensiones y jubilación.
3. Indique todo el ingreso de beneficio recibido del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
4. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la compensación de trabajadores y desempleo.
5. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la asistencia social (TANF).
6. Indique todo el ingreso recibido para la pensión infantil o alimenticia de un padre ausente.
7. Incluya todo otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.
8. Indique el total anual de todas las fuentes de ingreso.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN C:

PROPORCIONE INFORMACIÓN ACTUAL DE ACTIVIDAD DE TRABAJO, ESCUELA Y(O) CAPACITACIÓN PARA EL SOLICITANTE Y EL COSOLICITANTE (si aplica al caso).

1. Escriba el nombre, dirección completa y número de teléfono del sitio de Trabajo/Escuela/Capacitación Primario.
2. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad es trabajo, escuela o capacitación.
3. Escriba su fecha de inicio (mes/día/año)
4. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad de Trabajo/Escuela/Capacitación es tiempo completo, tiempo parcial o de temporada. Escriba el número de horas por semana y meses por año que pasa en ese centro.
5. Incluya la información de su actividad Secundaria de Trabajo/Escuela/Capacitación (si aplica al caso).

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN D:

Preguntas 1-9: Marque la casilla correspondiente (ya sea “Sí” o “No”) en cada pregunta. Si contestó “Sí” a cualquiera de las preguntas 2 - 5, proporcione la información solicitada.

Pregunta 10. Marque la casilla correspondiente para indicar si está solicitando asistencia de pago con comprobante para reducir sus costos de cuidado infantil o para servicios contratados en un centro basado en la comunidad.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

- 1-2 Escriba el nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre), número de seguro social y fecha de nacimiento (mes/día/año) para cada menor para el cual se solicita asistencia. Marque las casillas correspondientes que se proporcionan para indicar la raza, etnicidad y sexo de(los) menor(es). Indique las horas, días y duración por la cual se necesita atención infantil. Marque la casilla correspondiente para indicar si el(los) menor(es) tiene(n) una necesidad especial. De ser así, indique cuál es la necesidad. Escriba el nombre del centro o persona que brinda cuidados si el(los) menor(es) en este momento está(n) inscrito(s).

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN F:

Después de leer y entender la certificación, el solicitante y cosolicitante (si aplica al caso) firman en la línea correspondiente y escriben la fecha. Se debe adjuntar una copia firmada de la certificación (SECCIÓN F) a todas las solicitudes, incluso solicitudes iniciales y para redeterminación.



DHS/CC:1sp 3/2006

Departamento de Servicios de Niños

DiPiero Center - Suite 200

512 Lakeland Road

Blackwood, New Jersey 08012

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE **POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____

(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Parentesco del SOLICITANTE con los niños: Padre Madre Adulto responsable legalmente Padre de crianza Otro: _____

2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE (Si aplica) NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____

(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

3. DIRECCIÓN DE LA CASA (número y calle) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Distrito escolar: _____

4. TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____

5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA: _____ **NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA:** _____ **TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA :** _____

En el tamaño de la familia se debe incluir a padres, cónyuges, hijos para los que se solicita el subsidio, otros niños dependientes, o adultos reclamados en el formulario IRS 1040 del solicitante o cosolicitante. Cuando se trata de parientes, en el tamaño de la familia se debe incluir el niño para quien se solicita el subsidio y todos los dependientes reclamados en el formulario IRS 1040 del abuelo, tía o pariente. Para los casos de DYFS, un niño y cualquiera de sus hermanos que vivan en la misma casa y que están colocados en una ubicación fuera del hogar pagada por DYFS, deben contarse para determinar el tamaño de la familia.

B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA **ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES**

No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.

	PADRE O MADRE/SOLICITANTE				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE			
	Indique el ingreso bruto del(la) actual:				Indique el ingreso bruto del(la) actual:			
	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO
1. Sueldo y salario (bruto)								
2. Pensiones, jubilaciones								
3. Beneficios de seguro social/suplementaria								
4. Compensación laboral/desempleo								
5. Asistencia en efectivo TANF								
6. Pensión infantil/alimenticia								
7. Otro: _____								
8. INGRESO BRUTO TOTAL								

C INFORMACIÓN DE TRABAJO/ ESCUELA/CAPACITACIÓN **DEBE ANEXARSE PRUEBA DE MATRÍCULA VIGENTE EN LA ESCUELA**

	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) (Si aplica, escriba "negocio propio")		
Número de teléfono: _____	(_____) _____	(_____) _____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año
Nombre del centro SECUNDARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal)		
Número de teléfono: _____	(_____) _____	(_____) _____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año



DHS/CC:2sp (3/2006)

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
FORMULARIO SUPLEMENTARIO

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Departamento de Servicios de Niños

DiPiero Center - Suite 200

512 Lakeland Road

Blackwood, New Jersey 08012

Nombre del padre/solicitante _____

Número de seguro social: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__

COMPLETE PARA CADA MENOR ADICIONAL PARA EL QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO EL SUBSIDIO

3 Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 3 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 3.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí. Si contestó que Sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____ / ____ Programa: ____ Código: ____ Componente: ____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____

4 Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 4 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 4.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____ / ____ Programa: ____ Código: ____ Componente: ____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____

5 Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 5 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 5.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____ / ____ Programa: ____ Código: ____ Componente: ____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____

6 Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 6 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 6.

RAZA: Indígena americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____ / ____ Programa: ____ Código: ____ Componente: ____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____



Por este medio yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información anterior es correcta y verdadera a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o hacer que otras personas oculten información es contrario a la ley y que me (nos) sujetaría a un posible enjuiciamiento. Asimismo entiendo (entendemos) que:

1. Aceptar asistencia financiera de cuidado infantil no es para mi (nuestro) uso o gastos personales y que los fondos gubernamentales federales, estatales y locales son para uso y se deberán utilizar en costos asociados directamente con los servicios dados por un proveedor de cuidado infantil.
2. Es contrario a la ley obtener asistencia financiera para servicios de cuidado infantil al proporcionar información falsa o engañosa, lo que incluye, aunque no se limita a información sobre mi elegibilidad y(o) información que se relaciona con la asistencia de un menor para registros de un proveedor, hojas de asistencia o formularios de pagos de comprobantes. Algunos ejemplos de comportamiento ilegal incluyen, aunque no se limitan a:
 - Falta de informar con precisión todas las fuentes de mi (nuestro) ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, no reportar múltiples fuentes de ingreso o un aumento o reducción de jornal/salario, pagos de pensión infantil o pensión alimenticia o cualquier otro ingreso.
 - Falta de informar con precisión la cantidad de mi ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, informar la(s) cantidad(es) exacta(s) de ingreso del empleo propio; alquiler de propiedades o cambio o alteración de la información que aparece en los talonarios de los cheques de pago.
 - Falta de informar con precisión el número de miembros del hogar. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a no informar que mi cónyuge u otro padre/tutor legal está viviendo en el hogar.
 - Firmar de antemano y poner la fecha en los formularios de certificación de comprobantes, hojas de asistencia u otros archivos utilizados por el proveedor para rastrear y verificar la asistencia de un menor.
 - Falta de verificar con precisión la asistencia de un menor en los formularios de registro de asistencia dando los marcos de tiempo de informe.
3. Esta información se da con relación a los fondos gubernamentales federales, estatales y locales, y se utilizará a través de programas de comparación computarizada para confirmar la precisión de mi(s) declaración (declaraciones), así como para verificar mi (nuestro) ingreso, recursos y necesidad de asistencia de cuidado infantil, según sea necesario.
4. Es voluntario proporcionar la información solicitada, lo cual incluye números de seguro social de cada miembro del hogar. El personal de la agencia puede utilizar mi (nuestra) información de nombre y seguro social con agencias federales y estatales, así como con otras fuentes que consideren necesarias para examen oficial y para los oficiales del orden para efectos de capturar a las personas que están escapando de la ley.
5. La falta de proporcionar información o el dar información falsa de forma deliberada resultará en que se me niegue mi (nuestra) solicitud, en la terminación de los beneficios de cuidado infantil a la familia y referencia a las agencias federales, estatales o locales para acción en los tribunales civiles o criminales, interceptación del sueldo o impuestos, así como agencias de cobranza privadas para actos de reclamaciones relacionados con el reintegro y recuperación de fondos.
6. Proporcionar información falsa o engañosa en mi (nuestra) solicitud de asistencia financiera de cuidado infantil y(o) la falta de informar dentro de diez días cualquier cambio en el número de integrantes de mi (nuestra) familia o ingreso familiar, o bien cualquiera otra circunstancia que podría cambiar mi (nuestra) elegibilidad, tal como el estatus de trabajo / escuela/ capacitación, podría resultar en la terminación de mi (nuestro) subsidio para cuidado infantil y podría terminar mi (nuestra) elegibilidad para solicitar y(o) recibir cuidado infantil subsidiado durante un período de seis meses por la primera infracción; por un periodo de 12 meses por la segunda violación y la descalificación permanente por la tercera violación.
7. Si recibo asistencia financiera como resultado de la información falsa o engañosa, podría ser yo (nosotros) responsable (s) por el reintegro de los beneficios de cuidado infantil y podría verme (podríamos vernos) sujetos a una multa civil y a un posible enjuiciamiento en los tribunales.
8. Entiendo (entendemos) que para poder verificar mi (nuestro) ingreso y la necesidad de un servicio, una Agencia de Recursos y Referencia a Cuidados Infantiles (Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R), en inglés) necesitaría comunicarse con mi (nuestro) empleo. Por este medio autorizo (autorizamos) a mi (nuestro) empleo a que divulgue información relacionada con mi (nuestro) ingreso, escala de pagos, horarios y programa de trabajo a la CCR&R en mi (nuestro) condado de residencia ante el cual estoy presentando mi solicitud para servicios de cuidado infantil subsidiado en el Estado de New Jersey.

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____
Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

No se puede procesar las solicitudes que no están firmadas. Se le proporcionará una copia de este documento para sus archivos.

SÓLO PARA USO DE DYFS:
Nombre y Número de Administrador de Caso de DYFS: _____ Fecha: _____
Nota: _____
Se ha completado el SAR; los pagos de cupones para los servicios de cuidado infantil de DYFS/CPS están aprobados para el periodo del _____ / _____ / _____ hasta el _____ / _____ / _____
Firma que autoriza el pago de cupones de DYFS: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE CCR&R o CONTRATADO BASADO EN EL CENTRO (CBC):
Marque uno: Solicitud inicial Re-determinación FECHA DE CERTIFICACIÓN: ____/____/____
Tamaño de la familia: _____ Ingreso familiar anual: \$ _____
Copago total estimado de la familia, si corresponde (Ingrese la cant. y Marque uno): \$ _____ SEMANA MES
Marque una: NEGADO APROBADO PENDIENTE
Certificación por parte de un Miembro del Personal: _____ Fecha: _____
Nota: _____
Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____



ESTADO DE NEW JERSEY
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE NEW JERSEY
DIVISIÓN DE DESARROLLO FAMILIAR

PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Anexo a la solicitud

Todas las familias que reciben un subsidio mediante el Programa de Subsidios para el Cuidado Infantil de NJ deben proporcionar la información siguiente:

¿Los activos de su familia tienen un valor superior a \$1,000,000? No Sí

Nota: Los activos pueden incluir, entre otros, cuentas bancarias personales, cuentas de negocio, bienes inmuebles y propiedad personal.

Si el idioma primario que se habla en su hogar **no** es el inglés, por favor especifique cuál es ese idioma: _____

El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo No Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar No Sí

Trabaja por cuenta propia No Sí

¿Hay un(a) co-solicitante? No Sí

Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo No Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar No Sí

Trabaja por cuenta propia No Sí

¿Es usted una persona sin hogar con base en uno o más de los siguientes? No Sí

- Vive en un refugio de emergencia o transición.
- Está quedándose en un motel, hotel, parque de casas móviles o campamento o comparte la vivienda con otras personas debido a que: perdió su vivienda, está pasando por dificultades económicas o una razón similar.
- Vive en un vehículo, estación de autobuses/trenes, parque, edificio abandonado.
- Vive o duerme en algún lugar público o privado que normalmente no se usa como residencia o alojamiento para dormir regular.
- Vive en una vivienda que no reúne las condiciones de habitabilidad (es decir, no tiene electricidad, agua corriente, etc.).

Por la presente certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. También reconozco que presentar información falsa o engañosa, omitir información intencionalmente o intencionalmente hacer que otros omitan o dejen de proporcionar información es motivo de que se me deniegue o se me dé de baja del programa de cuidado infantil y que puedo quedar sujeto(a) a todos los remedios legales y en equidad.

Nombre del solicitante

Firma del (la) solicitante

Fecha de hoy

Nombre del co-solicitante

Firma del (la) co-solicitante

Fecha de hoy

DISCRIMINACIÓN

Este programa prohíbe la discriminación al determinar la elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil.

Si considera que en el Programa de Subsidios para el Cuidado Infantil de New Jersey se le ha discriminado debido a su raza, color, incapacidad, religión o nacionalidad o por otra razón, puede comunicarse con:
Office of the Director, Division of Family Development, N.J. Department of Human Services, P.O. Box 716, Trenton, New Jersey 08625

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

Abajo encontrará una **lista general** de los documentos requeridos para cada una de las secciones de la Solicitud del programa de subsidios para el cuidado infantil que deben enviarse para una evaluación **inicial** de elegibilidad. También pueden requerirse documentos adicionales, según los requisitos del programa. Comuníquese con la Agencia de Recursos e Información sobre Cuidado Infantil (CCR&R) si tiene preguntas o si necesita ayuda. Puede comunicarse con su CCR&R local llamando al 1-800-332-9227 o visitando el sitio web www.ChildCareNJ.gov.

IDENTIFICACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos de la **columna A**. Si no es posible conseguir un documento de la **columna A**, puede **enviar dos** documentos de la **columna B**:

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Envíe uno:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación militar con fotografía
- Identificación con fotografía emitida por su empleador
- Identificación de estudiante con fotografía
- Pasaporte
- Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde)

O

COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Envíe dos:

- Diploma de estudios secundarios, diploma de educación general básica (GED) o diploma universitario
- Tarjeta de seguro de salud o tarjeta de medicamentos recetados
- Comprobante de pago impreso
- Certificado de nacimiento (del solicitante/cosolicitante o del niño)
- Tarjeta del Seguro Social

DIRECCIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar su residencia*:

- Contrato de alquiler/arrendamiento actual o comprobante de hipoteca
- Decreto judicial (si aplica)
- Archivos escolares que demuestren residencia
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela
- Cuentas de servicios públicos
- Documentación médica
- Inscripción de vehículo, titularidad o licencia de conducir de NJ
- Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (Para dependientes mayores de 18 años, debe enviar el formulario 1040 presentado ante IRS completo)

**Si usted o su niño no tienen vivienda o no tienen una dirección fija, comuníquese con su CCR&R para obtener asistencia.*

RELACIONES Y TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

Para cualquier **niño que necesite servicios de cuidado infantil**, envíe la siguiente información para comprobar la relación:

- Certificado de nacimiento del niño
- Decreto judicial (si aplica)
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)

Para cada **dependiente que viva en el hogar** y esté incluido en el tamaño de la familia, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar el tamaño de la familia:

- Certificado de nacimiento
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)
- Decreto judicial (si aplica)
- Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo

Si el dependiente **es mayor de 18 años**, **envíe uno** de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (copio del formulario 1040 presentado ante IRS completo)
- Póliza de seguro medica mostrando cobertura para el dependiente
- Registros de inscripción escolar

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Por cada niño que necesite cuidado, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento de los EE. UU. | <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde) |
| <input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía | <input type="checkbox"/> Formulario I-551 del USCIS (Tarjeta de residencia permanente) |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte de los EE. UU. o tarjeta de pasaporte | <input type="checkbox"/> Documentos de viaje de refugiado (Formulario I-571) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Formulario I-94 del USCIS/INS sellado como "refugiado", "persona con permiso de ingreso condicional", "asilado", o "aviso de acción" |

INGRESOS

INGRESOS DEL EMPLEO:

- Debe presentar comprobantes de pago actuales equivalentes a un mes (p. ej.: 4 semanales, 2 quincenales, etc.)

SOLO PARA NUEVO EMPLEO: Si no tiene comprobantes de pago disponibles

- Una carta del empleador con membrete de la compañía (firmada/fecha). Debe incluir tarifas de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y la primera fecha de empleo; o
- Formulario "Verificación de empleo" de la DFD
Si se aprueba el subsidio, se le requerirá al solicitante/cosolicitante hacer un seguimiento con los comprobantes de pago.

- SOLO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES:** Enviar la transcripción fiscal actual del formulario 1040 Anexo C del IRS: "Ganancias o pérdidas del negocio"

- SI NO PUEDE TRABAJAR o ESTÁ INCAPACITADO:** Formulario de la DFD "Verificación de incapacidad parental"

OTROS INGRESOS O

BENEFICIOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

La documentación debe mostrar la tasa y frecuencia de los ingresos recibidos de las fuentes que figuran abajo:

- Documentación de desempleo
- Documentación de pensión
- Compensación al trabajador
- Carta de concesión del Seguro Social
- Jubilación/Pensión
- Manutención del cónyuge/cuota alimenticia
- Beneficios militares/de veteranos
- Beneficios por incapacidad
- Pensión infantil – historial mínimo de 6 meses de pago/desembolso
(Nota: si la pensión infantil o la cuota alimenticia no fue ordenada judicialmente, escriba la cantidad que recibe de forma mensual en la Sección C de la solicitud)
- Cualquier otro ingreso requerido a los fines de las declaraciones de impuestos federales/estatales

ESCUELA/CAPACITACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- ESCUELA:** Información detallada del cronograma escolar, con el nombre de la escuela y del alumno, incluidos los horarios y días de asistencia, los créditos y las fechas de inicio y finalización
- PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:** Carta con el membrete del programa (firmada/fecha) que indique el nombre del programa, las fechas de inicio y de finalización y el cronograma semanal