



2 City Hall Plaza, 3rd Floor • Rahway, New Jersey 07065
 Phone: (973) 923-1433 Fax: (973) 923-1311
www.cccunion.org

El programa que está solicitando: Kinship

Los proveedores de cuidado a familiares son adultos que crían a hijos de familiares en sus propios hogares. A fin de calificar para recibir subsidios para el cuidado infantil, los proveedores de cuidado a familiares deben demostrar que son familiares o tutores legales de los niños y que estos niños viven con ellos. Las reglas de elegibilidad se basan en la edad del proveedor de cuidado y el límite del ingreso varía dependiendo de la edad y del tamaño de la familia. Los proveedores de cuidado menores de 60 años deben estar trabajando para ser elegibles para el subsidio para el cuidado infantil. Los proveedores de salud con más de 60 años tienen un límite de ingreso mayor y pueden calificar aunque no estén trabajando.

El cuidado puede ser proveído por un centro infantil, programas escolares, campamentos de verano que sean licenciados o regulados, y proveedores de hogar que acepten este subsidio de pago.

REQUISITOS PARA EL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE:

1. Debe ser un residente del Condado de Union:
2. Para tutores menores de 60 años usted debería estar activo en una actividad a tiempo completo:
 - Trabajo: 30 horas o más por semana o 60 horas o más quincenales o 65 horas o más dos veces al mes
 - Escuela/ Colegio Universitario: 12 créditos o más por semestre regular (9+ créditos en el verano)
 - Entrenamiento certificado vocacional: 20 horas o más por semana

Pueden combinar estas actividades a medio tiempo para completar el requisito al tiempo completo

3. Debe estar debajo del requisito máximo de ingreso de acuerdo al tamaño familiar y no puede tener fondos que lleguen a excederá a más de \$1, 000,000.

Para familiares o tutores legales menores de 60 años:

Tamaño de la familia de 2:	\$56,840
Tamaño de la familia de 3:	\$71,470
Tamaño de la familia de 4:	\$86,100
Tamaño de la familia de 5:	\$100,730
Tamaño de la familia de 6:	\$115,360

Por cada miembro familiar adicional, añadida

\$14,630

Para familiares o tutores legales de 60 años o más:

Tamaño de la familia de 2:	\$81,200
Tamaño de la familia de 3:	\$102,100
Tamaño de la familia de 4:	\$123,000
Tamaño de la familia de 5:	\$143,900
Tamaño de la familia de 6:	\$164,800

Por cada miembro familiar adicional, añadida

\$20,900

4. Debe someter los requisitos en la página de instrucciones (adjunta)
5. Debe contribuir a el costo del cuidado (Copago)

Las solicitudes completas pueden ser traídas en persona o enviada por correo a la siguiente dirección:

**Community Coordinated Child Care
 2 City Hall Plaza, 3rd Floor
 Rahway, NJ 07065**

Faxes y Solicitudes incompletas no seran aceptadas.

Visite nuestra pagina web: www.cccunion.org para descargar solicitudes adicionales o para Información de programas adicionales síganos en Facebook: CCCUnionCounty y Twitter @CCCCUnionCty

LISTA DE VERIFICACION PARA EL SUBSIDIO DE KINSHIP

ESTOS DOCUMENTOS SON REQUERIDOS POR EL SOLICITANTE/CO-SOLICITANTE

TRABAJANDO A TIEMPO COMPLETO:

Favor de presentar sus talonarios de pago, indicando las últimas 4 semanas de salario reflejando el mes actual. Estas colillas deben de manifestar un mínimo de 30 horas a la semana, 60 horas quincenales, o 65 horas bimensuales.

Si sus talonarios no muestran horas de trabajo, adjunte con sus colillas una carta de su empleador con el lema de la compañía indicando cuantas horas trabaja a la semana, la cantidad que gana por hora al igual a su sueldo anual.

TODOS LOS TRABAJOS DEBEN SER REPORTADOS

EMPRESARIO / DUEÑO DE NEGOCIO

Someta su declaración de impuestos Federales y **Transcripción** incluyendo el formulario 1040 del IRS "Anexo C" que refleja las pérdidas y ganancias derivadas del negocio. *Tenga en cuenta: Cuando recibamos sus documentos hay que analizar y calcular para ver si cumple con los requisitos de elegibilidad de ingresos DHS / DFD.*

Para solicitar Transcripción: <https://www.irs.gov/individuals/get-transcript>

EN LA UNIVERSIDAD

Presente su programa actual que indique:

Su Nombre y cantidad de créditos que está asistiendo actualmente.

Tenga en cuenta: Para ser considerado como estudiante universitario en tiempo completo debe de asistir un total de 12 créditos Primavera/Otoño Y 9 créditos en el verano. Clases asistidas en línea no serán consideradas.

EN UN ENTRENAMIENTO O ESCUELA SUPERIOR

Por favor, envíe una carta con el lema de la escuela indicando lo siguiente: la fecha que las clases inician al igual cuando finalizan y el número de horas asistidas por semana. Esto debe de ser un total de 20 horas a la semana

PARTE B DE APLICACIÓN

Ingresar cantidades de ingresos adicionales

No dejar espacios en blanco. Escriba "0" Si no recibe en la categoría determinada:

Desempleo/Compensación laboral • Manutención infantil • Pensión alimenticia • Seguro social/pensión por jubilación*
Adjunte una copia de su talonario o una copia de la carta anual de beneficio si usted recibe cualquiera de los ingresos anteriores

Si usted no recibe ningún ingreso, usted debe de presentar una carta de apoyo

MANUTENCIÓN INFANTIL

Si recibe manutención, envíe la orden de la corte adonde indica la cantidad de disposición que incluya el estado de cuentas que ha sido abonado dentro de los últimos 6 meses.

Si tiene más de un caso, debe de imprimir todos los casos aunque no esté recibiendo dinero

Usted puede encontrar esta información en www.NJChildSupport.org

**Si no tiene acceso a una computadora, puedes imprimir los desembolsos en nuestra oficina*

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Dirección del Condado de Unión – prueba de dirección (*ejemplos incluyen: factura de servicios públicos, licencia, etc.*)
- Prueba de Tamaño de la familia – *ejemplos incluyen una copia de sus más recientes Impuestos Federales para mostrar dependientes o una orden de la corte/custodia legal, etc.*)
- Niños - *copia de Acta de nacimiento y la tarjeta del seguro social (una copia de la tarjeta de residencia para los niños nacidos fuera de los EE.UU.) Para cuidado de Kinship: presentar una copia de la orden de la corte o partida de nacimiento para demostrar que son familiares de los niños.*
- Families First Card (Cupones de Alimentos) – (NJSNAP) *Se necesita una copia de la tarjeta para los beneficiarios solamente*
- Los solicitantes Soltera/o – *presentar una carta que explique que es el único proveedor de su niño, con comprobantes de dirección del otro padre del niño.*
- Si es Divorciado – una copia de la acta certificada de divorcio
- Prueba de identidad y edad: ei. Licencia de conducir

IMPORTANTE: Documentos adicionales pueden ser necesarios

REQUISITOS SI RECIBE MANUTENCION INFANTIL:

SI USTED TIENE UN CASO DE MANUTENCION INFANTIL EN EL SISTEMA DE NJKiDS, USTED DEBE ENVIAR EL ESTADO DE CUENTA DE LOS ULTIMOS 6 MESES QUE HA RECIBIDO MANUTENCION INFANTIL JUNTO CON SU APLICACION.

LA PÁGINA DE INTERNET DE NJKiDS ES: <https://caseinfo.njchidsupport.org>

PARA PODER VER SU CASO EN LA PAGINA DE INTERNET, USTED DEBE INTRODUCIR SU IDENTIFICACION DE MIEMBRO (NUMERO DE CASO) Y ESTABLECER UN NUMERO PERSONAL DE IDENTIFICATION (PIN).

SI USTED TIENE UN CASO DE MANUTENCION INFANTIL Y NO PROVEE UN HISTORIAL DE PAGOS, SU APLICACIÓN NO SERA PROCESADA. SU APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE NEW JERSEY CARE FOR KIDS NO SERA PROCESADA SI LA VERIFICACION.

SI USTED NO TIENE ACCESO A UNA COMPUTADORA/IMPRESORA, USTED PUEDE VISITAR NUESTRA OFICINA Y PODRA IMPRIMIR EL HISTORIAL DE PAGOS.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Contestar a la dirección siguiente: Community Coordinated Childcare
2 City Hall Plaza, 3rd Fl.
Rahway, NJ 07065 NACCRRRA #

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.

Para cada fuente de ingreso, escriba si la información de ingreso se está dando por semana, cada dos semanas, mensual o anual. Incluya la pensión infantil y(o) la pensión alimenticia.	PADRE O MADRE/SOLICITANTE Indique el ingreso bruto del(la) actual:				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE 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**

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 Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____ / _____ / _____ Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
	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 Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____ / _____ / _____ Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	(_____) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Fecha de inicio: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año

No se aceptarán solicitudes incompletas*

Programa de subsidios para el cuidado infantil de New Jersey

Anexo de solicitud

N.º de identificador familiar _____

Todas las familias que reciben un subsidio a través del Programa de subsidios para el cuidado infantil de New Jersey deben proporcionar la siguiente información:

¿Los activos de su familia valen más que \$1,000,000?

No Sí

El solicitante:

Se encuentra en servicio militar activo No Sí

Está en la Guardia Nacional/la Reserva Militar No Sí

Es un trabajador independiente No Sí

¿Hay un cosolicitante? No Sí

Si la respuesta es Sí, el **cosolicitante:**

Se encuentra en servicio militar activo No Sí

Está en la Guardia Nacional/la Reserva Militar No Sí

Es un trabajador independiente No Sí

¿Usted es una persona sin hogar en función de una o más de las siguientes opciones?

No Sí

- Vive en una vivienda de emergencia o temporal
- Permanece en un motel, un hotel, una zona de casas móviles o un campamento, o comparte vivienda con otras personas debido a la pérdida de su vivienda, problemas económicos o una razón similar
- Vive en un automóvil, una estación de autobuses/trenes, un estacionamiento, un edificio abandonado
- Vive o duerme en un lugar público o privado que normalmente no se usa como una residencia o como un alojamiento para dormir habitual
- Vive en una vivienda subestándar (es decir, sin electricidad, sin agua corriente, etc.)

Certifico que toda la información suministrada es veraz y correcta según mi opinión. También reconozco que presentar información falsa o distorsionada, omitir información intencionalmente o hacer que otros omitan información o que no la presenten intencionalmente es razón justificada para la denegación o terminación del programa de cuidado infantil y puedo estar sujeto a todos los recursos legales y de equidad.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del cosolicitante

Firma del cosolicitante

Fecha

D	SÍ NO	DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Está usted recibiendo en este momento/ha recibido usted asistencia para la atención infantil con una subvención de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado Infantil de Transición (TCC, siglas en inglés) a través del Programa de <i>Work First New Jersey</i> (WFNJ, siglas en inglés) en los últimos dos años? Si contestó que sí, indique cuándo se vencen (vencieron) los beneficios, escriba el Mes, Día y Año ___/___/___ y el número de caso de TANF: _____.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Tiene su familia un caso abierto ante la División de Servicios a Jóvenes y Familias (DYFS, siglas en inglés) y están residiendo con usted los menores para los cuales usted está solicitando servicio? Si contestó que sí, por favor dé el nombre de la oficina: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está usted recibiendo una subvención de TANF? Si contestó que sí, por favor indique el número de caso de TANF: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene usted o un miembro de su familia un problema médico crónico para el cual se recomienda el cuidado infantil como parte del plan de tratamiento/rehabilitación? Si contestó que sí, indique el nombre de la persona/agencia que autoriza el plan de tratamiento y el número de teléfono: Nombre de la agencia: _____ Núm. de teléfono: (____) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Están los niños para los que pide asistencia de cuidado infantil en un hogar de crianza de DYFS, un hogar de crianza de DYFS "para-foster" o un hogar preadoptivo de DYFS? Si usted está empleado o participa en un programa escolar o de capacitación, debe adjuntarse la prueba para efectos de DYFS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Está solicitando asistencia porque la oficina de la Junta de Servicios Sociales/Agencia de Bienestar del Condado (CWA/BSS) le informó que usted no es elegible para el programa de Cuidado Infantil de Transición (TCC) o Asistencia Temporal para Necesitados (TANF)?
(Marque una)		11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: <input type="checkbox"/> Asistencia de pago con COMPROBANTES <input type="checkbox"/> Servicios CONTRATADOS en un centro basado en la comunidad
		12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

E	INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS	INCLUYA A CADA MENOR QUE NECESITE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PARA EL QUE SE SOLICITE ASISTENCIA. UTILICE EL DOCUMENTO TITULADO "FORMULARIO SUPLEMENTARIO" PARA DAR LA INFORMACIÓN DE OTROS MENORES.
---	-----------------------------	--

Nombre completo del NIÑO Núm.1	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 para el NIÑO Núm. 1.

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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: ____/____/____

Nombre completo del NIÑO Núm.2	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 para el NIÑO No. 2.

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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: ____/____/____

Nombre completo del NIÑO Núm.3	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 para el NIÑO No. 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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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: ____/____/____

SE LE PUEDE REQUERIR QUE PROPORCIONE PRUEBA ADICIONAL DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESO, CIUDADANIA O RESIDENCIA PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD. LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO REQUERIDA PUEDE INCLUIR EL FORMULARIO 1040 DEL IRS MÁS RECIENTE, COBROS DE SERVICIOS BÁSICOS (ENERGÍA, AGUA, TELÉFONO) O EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
 ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

Nombre del padre/solicitante: _____
 Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

4 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 4 **NÚM. DE SEG. SOC.** **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 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

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Si. *Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit): _____ 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 SEG. SOC.** **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 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

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Si. *Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit): _____ 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 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

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Si. *Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit): _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

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

7 NONBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7 **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 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

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* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Si. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): _____ Programa: _____ Codigo: _____ Componente: _____

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



**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- Es voluntario proporcionar la información solicitada, lo cual incluye números de seguro social del Padre/Madre/Solicitante. 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. Sin embargo, se requieren copias de los certificados de nacimiento, de las tarjetas de Seguro Social, de las tarjetas de Residente Legal, si es el caso, de todos los niños para los que se se solicitan servicios de subsidio.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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: **KIN**

Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____