

Community Coordinated Child Care

DOE Wrap Program

225 Long Avenue, Bldg. 15

Hillside, NJ 07205

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 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: _____								
<b>8. INGRESO BRUTO TOTAL</b>								

**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
Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	<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
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
Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	<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

**D** **SÍ NO** DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.

- 1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
- 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 *Work First New Jersey* (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: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_
- 4. ¿Está usted recibiendo una subvención de TANF? Si contestó que sí, por favor indique el número de caso de TANF: \_\_\_\_\_
- 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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
- 7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
- 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.
- 9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
- 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:  
 Asistencia de pago con **COMPROBANTES**  Servicios **CONTRATADOS** en un centro basado en la comunidad
- 12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico?  sí  no  
Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care?  sí  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.

**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.

**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.

**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, CIUDADANÍA 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.



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:

- 1. Aceptar asistencia financiera de cuidado infantil no es para mi (nuestro) uso o gastos personales...
2. Es contrario a la ley obtener asistencia financiera para servicios de cuidado infantil al proporcionar información falsa o engañosa...
3. Esta información se da con relación a los fondos gubernamentales federales, estatales y locales...
4. Es voluntario proporcionar la información solicitada...
5. La falta de proporcionar información o el dar información falsa de forma deliberada resultará en que se me niegue mi (nuestra) solicitud...
6. Proporcionar información falsa o engañosa en mi (nuestra) solicitud de asistencia financiera de cuidado infantil...
7. Si recibo asistencia financiera como resultado de la información falsa o engañosa, podría ser yo (nosotros) responsable (s) por el reintegro...
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...

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.

Community Coordinated Child Care
DOE WRAP PROGRAM
225 Long Ave., Bldg. 15
Hillside, NJ 07205

School: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_

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: Community Coordinated Child Care of Union County