



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

Estimado solicitante/cosolicitante:

Si está trabajando un mínimo de 25 horas a la semana, 50 horas quincenales, 55 horas semestrales o inscrito en la escuela / capacitación a tiempo completo, o una combinación de trabajo y escuela, puede ser elegible para COMMUNITY CARE VOUCHER CENTER SUBSIDY (CCVC).

**Community Care Voucher Centers proporciona cuidado infantil subsidiado en su centro para servir a las familias que son elegibles para la asistencia del subsidio de cuidado infantil.**

**Pautas de elegibilidad de ingresos (representan el 250% del Nivel Federal de Pobreza)**

**Tamaño de familia de 2: \$49,300**

**Tamaño de familia de 3: \$62,150**

**Tamaño de familia de 4: \$75,000**

**ADD \$12,850 per additional family member**

**Los subsidios de cuidado infantil basados en el centro se ofrecen en los siguientes centros en el Condado de Union:**

**Elizabeth**

Elizabeth YMCA – (908) 355-9622  
YMCA Child Development Center – (908) 355-3061  
Little Rascals Daycare Center – (908) 409-8573

**Linden**

Alvey's Education Never End – (908) 925-2569

**Rahway**

J.F.K. Community Center – (732) 382-9311 Rahway Day  
Care – (732) 382-0544  
Rahway YMCA – (732)388-0057

**Roselle**

Christina Nicole Academy – (908) 245-4788 Roselle Day  
Care – (908) 241-8787  
Little Einstein's Academy - (908) 241-6200

**Plainfield**

I Am's Temple – (908) 753-6222  
Little Hearts Learning Centers – (908) 755-7555  
Neighborhood House – (908) 757-7100  
South Second Street Youth Center – (908) 561-0421  
The King's Daughters Day School – (908) 756-7789

**Summit**

The Learning Circle – (908) 273-7040

**Vauxhall**

Helping Hands– (908) 686-6151

**Union**

YM-YWHA of Union County – (908) 289-8112 Five  
Points YMCA – (908) 688-9622

**Las solicitudes completadas pueden presentarse de las siguientes maneras:**

1. **Electrónicamente: (Forma más rápida) visita: <https://fs10.formsite.com/4cunion/intake/index.html>  
Cargue su solicitud junto con todos los documentos requeridos (formato pdf)**

2. **Correo o entrega:**

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

**\*No se procesarán faxes ni solicitudes incompletas.\***

**Síganos en Facebook: CCCCUnionCounty y Twitter @CCCCUnionCty**

**Visite nuestro sitio web en: [www.cccunion.org](http://www.cccunion.org) para descargar aplicaciones adicionales o para obtener información sobre programas adicionales**

# Solicitud de Elegibilidad para Servicios de Cuidado Infantil y Educación Temprana

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

## 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 de beneficio recibido de pensiones y jubilación.
2. Indique todo el ingreso de beneficio recibido del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
3. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la compensación de trabajadores y por desempleo.
4. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la asistencia social (TANF).
5. Indique todo el ingreso recibido para la pensión infantil o alimenticia por parte de un padre ausente.
6. Incluya cualquier otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.

7. Incluya cualquier 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 de 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 a 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 porque usted no es elegible para TANF o para los Programas TCC.

**Pregunta 11.** Indique si usted entiende que está solicitando comprobantes o los servicios de cuidado infantil contratados.

**Pregunta 12.** Indique si todos los menores en su familia tienen seguro médico y si usted desea recibir una solicitud para NJ Family Care.

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

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.



## Lista de Verificación Paso a Paso para Asistencia de Cuidado de Niños

### Siga los 11 pasos a continuación

#### 1. COMPLETA TODAS LAS SECCIONES DE LA SOLICITUD (Solicitante/ Co-Solicitante)

- Complete todas las secciones de la solicitud de asistencia para el cuidado de niños (Página 1-7)

##### Recordatorio:

**Sección B** (llena un cantidad para #1-8) **No dejes espacios en blanco.**

**Sección C** Complete la información del trabajo y/o la escuela

#### 2. ENVIE TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Identificación Fotográfica (Para la Solicitante y Co-solicitante)
- Comprobante de Domicilio Factura (Dentro de 60 días)
- Declaración de impuestos más reciente (Para la Solicitante y Co-solicitante)
- Copia del certificado de nacimiento de todos los niños que necesitan cuidado
- Copia de la tarjeta de seguro social de todos los niños que necesitan cuidado
- Marque aquí si ha adjuntado todos los documentos solicitados anteriormente y pase a la casilla 3

#### 3. RECIBE CHEQUE DE PAGO?

- No: Marque aquí y pase a la casilla 4
- Si: Envíe lo siguiente:
  - 4 cheque de pago recientes (Cada uno debe mostrar un mínimo de 30 Hrs) si se paga **Semanalmente**
  - 2 cheque de pago recientes (Cada uno debe mostrar un mínimo de 60 Hrs) si se paga **Quincenal**
  - 2 cheque de pago recientes (Cada uno debe mostrar un mínimo de 65 Hrs) si se paga **Semi- Mensual**

#### 4. NUEVO EMPLEO -Aun no se han recibido cheques de pago?

- No: Marque aquí y pase a la casilla 5
- Si: Envíe una carta de su empleador en papel con membrete de la empresa que contenga la tasa de horas de pago trabajadas por pago, información de contacto del empleador, primera fecha de empleo y la fecha en que recibirá su primer cheque de pago.

#### 5. AUTONOMO?

- No : Marque aqui y pase a la casilla 6
- Si : Envíe todo lo siguiente:
  1. Declaracion actual de impuestos federales del IRS
  2. Transcripcion que incluye el formulario 1040 "Schedule C" reflejando la ganancia o perdida del negocio (Visite: [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript))

\*Tenga en cuenta: Que una vez que recibas sus documentos, debemos analizarlos y calcularlos para ver si cumple con los requisitos de elegibilidad de ingresos y horas de DFD/ DHS

#### 6. ESTÁS EN A LA UNIVERSIDAD?

- No: Marque aqui y pase a la casilla 7
- Si: Presente su horario oficial actual de la universidad que indique: Su nombre, el semestre actual y el total de créditos

#### 7. ESTAS EN UN ROGRAMA DE ENTRENAMIENTO O ESCUELA SECUNDARIA ?

- No: Marque aqui y pase a la casilla 8
- Si: Envíe una carta con membrete oficial de la escuela (firmada y fechada) que indique: su nombre, nombre del programa, fecha de inicio y finalización de las clases y el total de horas de asistencia por semana

#### 8. RECIBES ALGUNO DE LOS SIGUIENTES (INGRESOS NO DEVENGADOS): DESEMPLEO, SEGURIDAD SOCIAL, PENSIÓN, ASISTENCIA EN EFECTIVO, PENSIÓN ALIMENTICIA, ETC.?

- No: Marque aqui y pase a la casilla 9
- Si: Adjunte la copia más reciente del talón o carta de beneficios por cada uno recibido.

### 9. TIENE UN CASO ABIERTO PARA LA MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS A TRAVÉS DE LOS TRIBUNALES?

- No: Marque aquí y pase a la casilla 10
- Si: Visite [WWW.NJChildsupport.org](http://WWW.NJChildsupport.org) o el website de los estados donde se origina el caso e imprima todo lo siguiente
  1. Lista de casos
  2. Página de dependientes,
  3. Página de obligaciones y atrasos,
  4. Desembolsos de los últimos 6 meses

### 10. RECIBES MANUTENCIÓN INFANTIL DE MUTUO ACUERDO?

- No: Marque aquí y pase a la casilla 11
- Si: Envíe todo lo siguiente:
  1. Una Carta firmada y fechada por el padre sin custodia indicando la cantidad pagada y la frecuencia
  2. Prueba de dirección para el otro padre (ex. factura de servicios públicos etc.) o decreto de divorcio
  - 3.

### 11. SU HIJO TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERE CUIDADOS ESPECIALES

- No: Marque aquí y pase a la casilla 12
- Si: Por favor, envíe uno de los siguientes
  1. Documentación médica firmada por un profesional de la salud con licencia (como un médico/ psicólogo, psiquiatra) que verifique la discapacidad de su hijo
  2. Formulario de verificación infantil (que se encuentra al final de su paquete de solicitud) firmado por el profesional de la salud con licencia que verifica la discapacidad de su hijo.

\*Si el niño tiene entre 13 y 19 años, la verificación también debe indicar que el adolescente requiere la supervisión de un adulto en todo momento.

### END OF APPLICATION

- Como recordatorio, se pueden solicitar documentos adicionales
- Por favor, espere 10 días para la revisión
- Las solicitudes se expira después de 45 días

**\*CCVC Centers Only\***

**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:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

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

**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:  Trabajo  Escuela  Capacitación  
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_  
Marque uno y escriba:  Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
Número de horas/semana y meses/año  
para el trabajo/escuela/capacitación

**PADRE/SOLICITANTE**  
\_\_\_\_\_  
 Trabajo  Escuela  Capacitación  
Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
 Medio tiempo  
 Empleo temporal \_\_\_\_\_ Núm. meses/año

**PADRE/COSOLICITANTE**  
\_\_\_\_\_  
 Trabajo  Escuela  Capacitación  
Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
 Medio tiempo  
 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:  Trabajo  Escuela  Capacitación  
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_  
Marque uno y escriba:  Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
Número de horas/semana y meses/año  
para el trabajo/escuela/capacitación

**PADRE/SOLICITANTE**  
\_\_\_\_\_  
 Trabajo  Escuela  Capacitación  
Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
 Medio tiempo  
 Empleo temporal \_\_\_\_\_ Núm. meses/año

**PADRE/COSOLICITANTE**  
\_\_\_\_\_  
 Trabajo  Escuela  Capacitación  
Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem  
 Medio tiempo  
 Empleo temporal \_\_\_\_\_ Núm. meses/año



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 considere 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

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 <i>COMPROBANTES</i> <input type="checkbox"/> Servicios <i>CONTRATADOS</i> 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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/____
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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/____
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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/____
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  Sí. *Si contesto que sí, 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  Sí. *Si contesto que sí, 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  Sí. *Si contesto que sí, 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7 NOMBRE 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  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 NJ Spirit.): Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

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



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

## Verificacion del tamano de la familia

Nombre : \_\_\_\_\_

### 1. Soltera/Separada/Divorciada?

**Si:** Marque esta caja y envíe lo siguiente:

1. Comprobante de domicilio del otro padre  
 Marque aqui si no tiene contacto con el otro padre
2. Declaracion de impuestos reciente

**No:** Marque esta caja y no olvide incluir una co-solicitante

Por la presente certifico que toda la informacion anterior es verdad y correcta. Entiendo que la informacion se proporciona en relacion con fondos publicos federales y estatales, y Community Coordinated Child Care de Union County puede verificar la informacion. La desinformacion deliberada puede resultar en la denegacion del subsidio.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Solicitante/Padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



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

## Verificacion de manutencion infantil

**Nombre:** \_\_\_\_\_

1. Tiene un caso abierto en los juzados por manutencion infantil o mutuo acuerdo?

**Si: Tengo un caso de manutencion infantil en los tribunales:**

Visite [NJChildsupport.org](http://NJChildsupport.org) y envíe lo siguiente para cada caso:

*1. Lista de Casos 2. Pagina de Dependencia 3. Pagina de Obligaciones y Atrasos 4. Dispersiones completas mas recientes de (6) meses para cada nino*

**Si:** Yo recibo manutencion infantil a traves de un "acuerdo mutuo" entre yo y el otro padre del nino:

**Envie lo siguiente para cada nino:** *Una carta del padre que paga (firmada y la fecha). Indicando la cantidad que pagan y la frecuencia.*

**No:** No tengo un caso de manutencion infantil o acuerdo mutuo

Por la presente certifico que toda la informacion anterior es verdad y correcta. Entiendo que la informacion se proporciona en relacion con fondos publicos federales y estatales, y Community Coordinated Child Care de Union County puede verificar la informacion. La desinformacion deliberada puede resultar en la denegacion del subsidio.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Solicitante/Padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**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 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 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 solicitan servicios de subsidio.
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: **CCVC**  
 Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: **Community Coordinated Child Care of Union County**



State of New Jersey  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

# Child Verification Form

## Part 1: Completed by Parent

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Street Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**CONSENT TO RELEASE INFORMATION**

I authorize the licensed health professional listed below to share information about my child's condition with the Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R). I understand that this form will only be used for verification purposes for the New Jersey Child Care Subsidy Program. I understand that if circumstances regarding my child's condition change, I must immediately notify my CCR&R.

Name of Parent: \_\_\_\_\_  
please print

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PART 2: Completed by a Licensed Health Professional

**INSTRUCTIONS:** Please provide the information below to help us determine how we might meet the needs of this family. You may be contacted by the agency listed to verify this information.

Licensed Health Professional Name: \_\_\_\_\_  
please print

Licensed Health Professional Title: \_\_\_\_\_ License/Credential No: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**NOTICE TO LICENSED HEALTH PROFESSIONAL**

By signing, I certify that the above named child has a documented medical or physical impairment which reduces his or her ability to function independently. This child requires the personal services of a caretaker to maintain his or her basic level of functioning in an age-appropriate manner. The information provided is true and accurate to the best of my understanding.

List Child Disability: \_\_\_\_\_

Licensed Health Professional Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### CCR&R USE ONLY

CCR&R Name/Address: \_\_\_\_\_

CCR&R Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_