



Southern Regional Child Care
Resource and Referral Agency

ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS (CCAP)

CCAP es un programa de subsidio de cuidado niños para padres/madres que están empleados(as) o en la escuela a tiempo completo o una combinación de empleo y escuela. Para poder aplicar para CCAP, solicitantes deben satisfacer lo siguiente:

REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD

1. Ser un residente de **ATLANTIC COUNTY**.
2. Niños deben ser menor de 13 años (si tiene necesidad especial menor de 19 años de edad)
3. Ganar menos del ingreso bruto anual máximo de acuerdo con la cantidad de personas en la familia.

Tamaño de la Familia	Ingreso bruto anual
2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380

(Por cada niño adicional, agregue \$ 9,440)

4. Asistir a una Orientación prevista de E-Child Care/Subsidio en 30 días.
5. Cumplir con uno de los siguientes criterios:
 - * Trabajar - 30 horas o más por semana Q
 - * Ser estudiante de tiempo completo- 12+ créditos por semestre/9+ créditos en verano (clases electrónicas no son aceptadas) Q
 - * Entrenamiento/Escuela Vocacional- 20 o mas horas de clase por semana Q
 - * Tener una combinación de empleo y escuela que sea equivalente a la participación a tiempo completo.

ASEGURESE DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Copias de certificado nacimiento(s) de cada niño en la familia.
- Un mes de talonarios recientes (cuatro si el pago es semanal o dos si es bisemanal) **y/o**
- Registración/verificación de la Escuela/Entrenamiento (incluya fecha de comienzo/terminal con horas y días por semana)
- Documentos adicionales de ingreso incluyen, pero no limitan segundo trabajo, pensión infantil (mostrando los últimos 6 meses recibido) y la carta de beneficios de: SSI, cupones de alimentos, desempleo, beneficios de discapacidad, pensión alimenticia, etc.
- NO olvide de incluir a él/la co-solicitante y sus documentos.

FAVOR DE NOTAR

- Todos los solicitantes serán verificados via base de datos del Estado sobre las obligaciones de pensión infantil y la validación de empleo.
- Todo el ingreso de la familia será verificado via el proceso de Wage Match del Estado.
- Documentos adicionales pueden ser requeridos.
- Fax y/o aplicaciones incompletas no serán procesadas.

Aplicaciones completas pueden ser enviadas por correo o entregadas a:

Rutgers Southern Regional CCR&R de su condado de residencia

Atlantic County CCR&R
1201 New Road, Suite 100
Linwood, NJ 08221
609-365-5027 (p)
609-926-0049 (f)

Cape May County CCR&R
3801 Route 9 South, Suite 11
Rio Grande, NJ 08242
609-898-5500 (p)
609-898-5501 (f)

Cumberland County CCR&R
228 W Landis Avenue, Suite 201
Vineland, NJ 08360
856-462-6800 (p)
856-462-6801 (f)

Gloucester County CCR&R
6 N Broad St, Suite 300
Woodbury, NJ 08096
856-537-2322 (p)
856-537-2331 (f)

Salem County CCR&R
17 Carroll Avenue
Pennsville, NJ 08070
856-469-6100 (p)
856-469-6101 (f)

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 "SI" o "No") en cada pregunta. Si contestó "SI" 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.

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

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

IDENTIFICACIÓN

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

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Envíe uno:

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

O

COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Envíe dos:

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

DIRECCIÓN

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

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

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

RELACIONES Y TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

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

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

INGRESOS

INGRESOS DEL EMPLEO:

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

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

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

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

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

OTROS INGRESOS O

BENEFICIOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

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

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

ESCUELA/CAPACITACIÓN

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

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

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

LINWOOD, NJ 08221

No se aceptarán solicitudes incompletas*

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 residenciando 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? ☐ si ☐ no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? ☐ si ☐ 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: ☐ Si ☐ No SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino				
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____				
El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Si 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 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: ☐ Si ☐ No SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino				
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____				
El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Si 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 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: ☐ Si ☐ No SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino				
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____				
El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Si 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 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.

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

**CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:
RUTGERS SOUTHERN REGIONAL
CHILD CARE RESOURCE & REFERRAL AGENCY
1201 NEW ROAD SUITE 100
LINWOOD, NJ 08221 (609) 365-5027**

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 ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación especial

¿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 ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación especial

¿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 NONMBRE 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 ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación especial

¿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: ____/____/____



**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 mí (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 periodo de seis meses por la primera infracción; por un periodo de 12 meses por la segunda violación y la descalificación permanente por la tercera violación.
7. Si recibo asistencia financiera como resultado de la información falsa o engañosa, podría ser yo (nosotros) responsable (s) por el reintegro de los beneficios de cuidado infantil y podría verme (podríamos vernos) sujetos a una multa civil y a un posible enjuiciamiento en los tribunales.
8. Entiendo (entendemos) que para poder verificar mi (nuestro) ingreso y la necesidad de un servicio, una Agencia de Recursos y Referencia a Cuidados Infantiles (Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R), en inglés) necesitaría comunicarse con mi (nuestro) empleo. Por este medio autorizo (autorizamos) a mi (nuestro) empleo a que divulgue información relacionada con mi (nuestro) ingreso, escala de pagos, horarios y programa de trabajo a la CCR&R en mi (nuestro) condado de residencia ante el cual estoy presentando mi solicitud para servicios de cuidado infantil subsidiado en el Estado de New Jersey.

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

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

SÓLO PARA USO DE DYFS:

Nombre y Número de Administrador de Caso de DYFS: _____ Fecha: _____

Nota: _____

Se ha completado el SAR; los pagos de cupones para los servicios de cuidado infantil de DYFS/CPS están aprobados para el periodo del _____ / _____ / _____ hasta el _____ / _____ / _____

Firma que autoriza el pago de cupones de DYFS: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE CCR&R o CONTRATADO BASADO EN EL CENTRO (CBC):

Marque uno: ☐ Solicitud inicial ☐ Re-determinación FECHA DE CERTIFICACIÓN: ____/____/____

Tamaño de la familia: _____ Ingreso familiar anual: \$ _____

Copago total estimado de la familia, si corresponde (Ingrese la cant. y Marque uno): \$ _____ ☐ SEMANA ☐ MES

Marque una: ☐ NEGADO ☐ APROBADO ☐ PENDIENTE

Certificación por parte de un Miembro del Personal: _____ Fecha: _____

Nota: _____

Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____



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

PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Anexo a la solicitud

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

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

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

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

El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo ☐ No ☐ Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar ☐ No ☐ Sí

Trabaja por cuenta propia ☐ No ☐ Sí

¿Hay un(a) co-solicitante? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo ☐ No ☐ Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar ☐ No ☐ Sí

Trabaja por cuenta propia ☐ No ☐ Sí

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

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

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

Nombre del solicitante

Firma del (la) solicitante

Fecha de hoy

Nombre del co-solicitante

Firma del (la) co-solicitante

Fecha de hoy

DISCRIMINACIÓN

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

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