

4CS DEL CONDADO DE PASSAIC

Lista de Verificación para la Asistencia Financiera de Cuidado de Niños en Nueva Jersey para Aplicantes y Co-Aplicantes

Cientes Nuevo: 30 horas a la semana (CCAP, PACC, KINSHIP).

Cientes de KINSHIP que tengan mas de 60 años no tienen que trabajar, pero si deben someter sus ingresos.

Programas de WRAP Around y Pagos de CCVC 25 horas

Para la Redeterminación: 25 horas a la semana.

O

20 Horas de entrenamiento a la semana

O

12 Créditos universitarios por semestre (no clases de internet serán aceptadas)

O

Combinación de Trabajo y Escuela (equivalente a 30 Horas a la semana) (Debe someter los documentos requeridos en la parte de abajo)

Asistencia para PTCC-25 Horas semanal (Sólo los clientes que trabajan calificarán)

Si el cliente está trabajando debe someter sus más recientes y consecutivos:

***4 comprobantes de pago:** si le pagan semanal (todos los comprobantes de pago deben mostrar las horas y deben ser consecutivos) = en total 52 semanas.

*** 2 comprobantes de pago,** si le pagan quincenal (todos los comprobantes de pago deben mostrar las horas y deben ser consecutivos) = en total 26 semanas.

*** 2 comprobantes de pago,** si le pagan dos veces al mes (los comprobantes de pago deben mostrar las horas y deben ser consecutivos) = en total 24 semanas.

Si los comprobantes no indican las horas debera traernos una carta formal de su empleador con fecha y firmada indicando las horas que trabaja a la semana.

*** Para Nuevos Empleados:** carta formal del Trabajo o el Formulario de Verificación de Ingresos con salario de pago, horas trabajadas por semana, fecha inicial de empleo, el contacto de su empleador que este firmada y con fecha.

(si es aprobado para asistencia financiera, Aplicante/Co-aplicante tendran 60 días para traer sus comprobantes de pago)

***Para Trabajador/a Independiente,** Someter la transcripción de impuestos del IRS de la forma 1040, Anexo C "Ganancia o Pérdida del Negocio"

Si el Cliente está asistiendo a la Escuela/Entrenamiento

***El Cliente debe someter el horario de la Escuela/Entrenamiento documentando horas y/o número de créditos**

O

Carta formal de la Escuela/Entrenamiento (firmada y con la fecha) indicando fecha inicial, fecha esperada de la graduación y las horas.

1. Esta carta debe indicar el número de horas por semana que asiste el aplicante.

2. Nombre de la persona de contacto, dirección y número de teléfono de la escuela.

Los ingresos deben cumplir con los requisitos de elegibilidad:

***Nueva Aplicación y Aplicación Wrap Around 200% del índice federal de pobreza.**

***Aplicación de redeterminación y programas de CCVC 250% del índice federal de pobreza.**

***Kinship 350% del índice federal de pobreza.** Si los abuelos mayores de 60 años de edad y tienen una discapacidad permanente 500% del índice federal de pobreza. (Necesitaría prueba de la incapacidad permanente)

***Si el cliente reside con el padre, madre, o cónyuge de su hijo/a (hijos/hijas); El co-aplicante debe ser añadido a la aplicación y someter sus ingresos o prueba de la escuela.**

Verificación de Ingresos no obtenidos por trabajo

Estos ingresos incluyen, pero no se limitan a: Beneficios de desempleo, la Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia (Personas divorciadas), SSI, SSDI, Pensiones, Jubilación, Compensación de trabajo y Asistencia en efectivo de TANF.

Las formas aceptables de verificación incluyen:

a) Carta de gratificación / carta indicando de beneficios b) Decreto de la Corte

c) Historial de pago de manutención de los hijos obtenida de el Portal de Manutención de los hijos (últimos 6 meses)

Declaración escrita de los aplicantes que no tienen una orden judicial para la manutención de su(s) hijo(s) o declaración notariada si tiene un acuerdo verbal para la manutención de su(s) hijo(s).

Usted debe someter la(s) Acta(s) de Nacimiento para el/los niño(s) de su familia y la tarjeta de Seguro Social para el/los niño(s) que esta aplicando.

Si el/los niño(s) para el que esta aplicando nació fuera de los EU debe traer la tarjeta de residencia.

Clientes que tengan una tarjeta de EBT o cupones, debe darnos el número de tarjeta para conectarla a la asistencia de cuidado infantil.

Niño(s) con discapacidad el aplicante debe someter : Formulario de Verificación de Niño(s) con Discapacidad o del Programa de Educación Individualizado (IEP)

REVISADO 08/15/2016

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.

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

Dirección Responder a: Los Recursos de Cuidado Infantil y de la Agencia de Referencia ubicado en el condado donde usted vive. Una lista puede encontrarse en: <http://www.state.nj.us/humanservices/dfd/programs/child/ccrr/>

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

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

	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) <i>(Si aplica, escriba "negocio propio")</i>	_____	_____
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 _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<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 _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año

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

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

Nombre completo del NIÑO Núm.1	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras)
(Mes/Día/Año)		
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.		
RAZA: <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.): 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: <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.): 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: <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.): KC _____/____
Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$___ Semanal \$___ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____

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

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

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

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

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

4 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 4 _____ **NÚM. DE SEG. SOC.** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

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

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

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

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No Sexo Masculino Femenino

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

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

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No 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: ____/____/____



**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:

 Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____

SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACION TEMPRANA

Documentación y Verificación de Certificación para Padres

CARTA DEL EMPLEADOR

_____ Esta carta fue proveída por mi empleador

INFORMACION SOBRE EL INGRESO DE LA FAMILIA

_____ Toda información sobre mis ingresos ha sido reportada incluyendo Manutención para mis hijos, Ingresos de mi Seguro Social y cualquier otro tipo de ingresos adicional.

TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA

_____ El tamaño de familia incluye el número de adultos y niños que indique en la aplicación.

Es ilegal obtener ayuda financiera para cuidado de niños, proporcionando información falsa o engañosa incluyendo, pero no limitando cualquier información sobre elegibilidad o información relacionada con:

- Fallar en reportar todas las fuentes de ingreso: Ejemplos incluyen, pero no se limitan, a no reportar múltiples fuentes de ingresos, o algún aumento o disminución de salario, de manutención o cualquier otro ingreso recibido.
- Si no reporta el número de miembros de su familia: Ejemplos incluyen, pero no se limitan, a reportar a su esposo/esposa, o tutor (custodio) que este viviendo en su hogar.
- Fallar en reportar la cantidad exacta de sus ingresos: Ejemplos incluyen, pero no se limitan a reportar la cantidad exacta de sus ingresos como trabajador independiente, renta que obtenga de propiedades de las que sea dueño (a), cambiar o alterar la información en talonarios de pago.
- Esta información está en conexión con las oficinas federales, oficinas del estado y oficinas de fondos públicos locales. Su información será verificada a través de programas de comparación para confirmar y verificar sus ingresos, recursos y necesidad para obtener asistencia para el cuidado de niños así como se ha garantizado.

Certificó que toda declaración hecha por mí anteriormente, es verdadera. Estoy consciente de que si la declaración hecha por mí fuese falsa, estoy sujeto(a) a penalidad y puedo ser terminado(a) del programa para asistencia del cuidado de niños.

Nombre del Aplicante

Nombre del Co-Aplicante

Firma del Aplicante

Firma del Co-Aplicante

Fecha

Favor de devolver este formulario firmado al Departamento de Elegibilidad



4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

1. Es su(s) hijo(s) un ciudadano(s)?

Si _____ O No _____

2. Tiene su(s) hijo(s) seguro de salud?

Si _____ O No _____

Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio que pueda ocurrir en mi hogar dentro de **10 días** de ese cambio o seré responsable del pago de cualquier tipo de asistencia financiera del cuidado infantil.

Nombre: _____

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE LA PÓLIZA DEL CUIDADO INFANTIL EN REFERENCIA DE LA
DESCALIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA PADRES

Yo reconozco haber recibido las reglas de la descalificación de los servicios para padres acerca del cuidado infantil en el estado de New Jersey con la fecha de 07/07/14- DFDI 14-07-01 de 4CS of Passaic County Inc. He leído la póliza de la descalificación y entiendo mis derechos y responsabilidades. He leído las reglas de descalificación y entiendo mis derechos y responsabilidades del programa de asistencia que estoy recibiendo.

Nombre del Apicante

Nombre del Co-Apicante

Firma del Apicante

Firma del Co-Apicante

Fecha

Fecha

Favor devolver este formulario firmado al Departamento de Elegibilidad

CHILD CARE POLICY REGARDING DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS- STATE OF NJ INSTRUCTION DATED 07/07/14

Parents/applicants are required, at all times, to comply with New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

Any type of program violation will subject a parent/applicant to penalties that may include disqualification, termination, denial at time of application or reapplication, criminal investigation and/or recoupment of payment, if the parent/applicant is found by the CCR&R or DHS/DFD to be in violation of New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

DISQUALIFICATION PROCESS

A case of program violation can be brought to the Department of Human Services, Division of Family Development's (DFD) and/or CCR&R's attention through a variety of means, such as a phone call, letter, e-mail, newspaper article, television news broadcast, personal knowledge, or state databases used during the normal applicant eligibility determination and redetermination process. The CCR&R will then conduct an investigation to determine whether or not the program violation is substantiated. The CCR&R shall seek DFD guidance on cases in which clarification is required.

A substantiated case of program violation will result in the suspension or disqualification of child care subsidy and make the parent/applicant ineligible to apply/reapply for and/or receive subsidized child care for a specified period of time depending upon the number and type of violations. A parent or applicant may appeal the decision to suspend or terminate the child care subsidy.

The steps to take to suspend or disqualify a parent/applicant child care subsidy for various violations are outlined below.

General program violations that may result in suspension or disqualification include but are not limited to the following:

- (1) Failure to report within ten (10) calendar days any change in family size/composition, family income or any other **circumstances that change eligibility**, such as work/school/training status or income that exceeds program specific Federal Poverty Level (FPL) requirements, etc.
- (2) Failure to accurately report all sources of income. Examples include, but are not limited to, not reporting multiple sources of income (multiple employers), or an increase or decrease in wage/salary, child support payments, or alimony, unemployment, workman's compensation, pension, supplemental security income (SSI), social security disability income (SSDI), survivor benefits or any other income.
- (3) Failure to accurately report the amount of income. Examples include, but are not limited to, not reporting the accurate amount(s) of income from self-employment, rent from property ownership, or changing or altering pay stub information.
- (4) Failure to accurately report the number of household members who are required to be counted to determine family or household composition. Examples include, but are not limited to, failing to report that a spouse or another parent/guardian is living in the household.

ECC – Program Violation

Failure to comply with the E-Child Care Parent/Provider Responsibilities and Agreement may result in a warning notice, suspension or disqualification.

PENALTIES/PROCEDURES

Warning Notice

Upon evidence of an E-Child Care program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents and offer training. CCR&Rs are required to provide written notification of parental warning to providers. For WFNJ cases, copies of all notices must also be sent to the County Welfare Agency (CWA). The parent/applicant will have up to two weeks (14 days) from the date of the warning letter to attend training and remedy the action by demonstrating consistent use of ECC. To document compliance or noncompliance, the CCR&Rs must print out the transaction report for that two-week period once the 14-day back swipe period has closed.

General Program and ECC Violations Penalties

Warning Notice

Upon evidence and/or notification of a program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents/guardians. CCR&Rs are responsible for taking the necessary action to determine if the parent/guardian remains eligible and if repayment of funds is required.

First Violation (except fraud) – One (1) month disqualification

Upon completion of the one month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The eligibility threshold is 250% of the Federal Poverty Level (FPL) or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

Second Violation (except fraud) –Three (3) months disqualification

Upon completion of the three month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The redetermination eligibility threshold is 250% FPL or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

Third Violation and/or Fraud – Termination for up to twelve (12) months and/or permanent disqualification

If the violation has not resulted in permanent disqualification, parent could be subject to up to a twelve (12) month termination, after which the parent/applicant must reapply with the eligibility threshold being at 200% FPL or below.

Fraud or program violations that may be subject to up to a twelve (12) month termination include the following:

- (1) Failure to provide, or provision of, false or misleading or deliberate misrepresentation of, required information in connection with a new application or current child care subsidy case. (This may also result in the denial of any subsidy, and referral to federal, state or local agencies for criminal or civil court action, garnishment of wages or tax intercept, as well as private claims collection agencies for claims action involving repayment and recovery of funds.)
- (2) Reporting child(ren) present in attendance when child(ren) were not in attendance.
- (3) Repeated misuse of the ECC card resulting in multiple violations.
- (4) Repeated general program violation resulting in multiple violations.

WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the termination for up to twelve (12) months.

Appeal Procedures:

It is the right of every parent who receives a disqualification notice from the CCR&R to request a review of his/her case by the CCR&R and/or DFD. The CCR&R must inform the parent of his/her right to request a review. A timely request must be made within ten (10) days of the date of the disqualification notice. See information on appeal rights below:

CHILD CARE PROGRAM APPEAL RIGHTS

1. Case review conducted by the county CCR&R Agency

In the event you wish to have the action or amount in question reviewed by the county CCR&R responsible for the decision, you must make this request in writing within ten (10) days of the effective date of the adverse decision. Requests should be addressed to the agency on the front side of this notice.

You will be notified of the date and time of the review and you may appear with or without legal representation or may be represented by a friend or other spokesperson. Only those persons directly involved with the issue will be permitted to attend any review proceedings. You will also be given an opportunity to view all pertinent documents prior to the review date.

2. Administrative review conducted by the Division of Family Development

You may also have an adverse decision reviewed by the Division of Family Development (DFD) in place of, or in addition to, the case review conducted by the county CCR&R. A request for an administrative review from DFD may be made by calling the Bureau of Administrative Review and Appeals (BARA) at 1-800-792-9774.

You will be required to submit the following to BARA:

- A written statement indicating the request for a review and the reason for your disagreement;
- All documents verifying eligibility and justifying your case;
- Any other relevant documents which you believe the county CCR&R or child care provider may not have considered.

This DFD review must be requested within 90 days of the date of the original notice of adverse action. All materials should be mailed to BARA at:

Bureau of Administrative Review and Appeals
Division of Family Development
P.O. Box 716
Trenton, NJ 08625-0716

Cómo encontrar cuidado infantil de calidad

Cómo encontrar un programa de cuidado infantil o aprendizaje temprano de calidad

La investigación muestra que los niños que durante su primera infancia pasan por programas de cuidado infantil y de aprendizaje temprano de calidad, están mejor preparados para el kindergarten con mejores habilidades de lectura, más habilidades de matemáticas y más palabras en su vocabulario.

Grow NJ Kids, el Sistema de Mejoramiento de Calificaciones de Calidad de New Jersey (New Jersey's Quality Rating Improvement System) trabaja para elevar la calidad del cuidado infantil y del aprendizaje temprano en todo el estado de New Jersey.

Brinda información a los padres sobre cómo seleccionar un proveedor de calidad para ayudarles a aprovechar al máximo las oportunidades de aprendizaje temprano de sus hijos.

A los programas de cuidado infantil y de aprendizaje temprano, brinda recursos que les ayuda a elevar su calidad y mejorar su programa constantemente.

Hay muchos tipos de programas de cuidado infantil o de aprendizaje temprano de dónde escoger. Algunos son en escuelas, otros en centros de cuidado infantil o en casas particulares.



Cuidado basado en hogares:

Cuidado infantil en familias

Este tipo de cuidado se brinda en una casa particular. En New Jersey, un proveedor no puede cuidar a más de cinco niños, más un máximo de tres de sus propios hijos. Los proveedores en hogares pueden optar por registrarse, lo que significa que cumplen con los requisitos básicos de seguridad y del programa establecidos por la ley estatal. Los proveedores de cuidado en el hogar que están registrados también pueden aceptar pagos de las familias que participan en programas de asistencia para el cuidado infantil subsidiados por el gobierno.

Cuidado en hogares

En este tipo de cuidado, la persona va a su hogar y ahí cuida a sus hijos. Este proveedor podría ofrecer otros servicios como limpieza ligera de la casa, empezar la cena o hacerla completamente o llevar a su hijo o hijos a sus lecciones o citas de juegos. A pesar de que puede usar una agencia para encontrar a un proveedor de este tipo, el estado no los regula ni les otorga licencia y no pueden participar en Grow NJ Kids.

Cuidado basado en centros y en escuelas:

Centros de Cuidado Infantil

Con licencia del estado de New Jersey, estas instalaciones se inspeccionan cada dos años y deben cumplir con los requisitos básicos de salud, seguridad, del programa y de personal. Pueden cuidar a seis niños o más de edades entre 6 semanas y 13 años. Hay muchos tipos de centros de cuidado infantil con licencia, incluidos, entre otros, programas para bebés/niños pequeños, programas de cuidado y educación tempranos y programas para niños en edad escolar. Los centros con licencia también pueden optar por satisfacer normas más rigurosas basadas en la investigación o de acreditación. (También hay centros exentos de licencias, como los programas que forman parte de un distrito escolar público o de una escuela privada.)

Head Start y Early Head Start

Los programas Head Start y Early Head Start apoyan el desarrollo mental, social y emocional de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Además de servicios educativos, los programas brindan a los niños y sus familias servicios de salud, nutrición, sociales y otros.

Programas Preescolares de Distritos Escolares

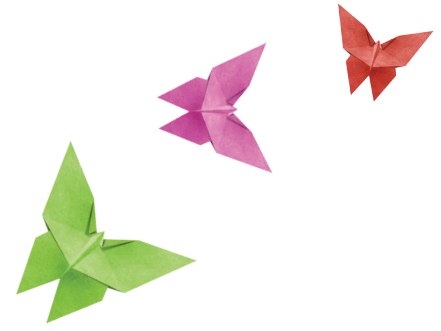
Los distritos escolares proporcionan programas preescolares de alta calidad basados en la investigación a niños de 3 y 4 años de edad. Estos programas pueden ubicarse dentro de localidades de un distrito escolar, un proveedor privado o una agencia local de Head Start.

Distritos Escolares de Servicios Especiales

Estos distritos proporcionan opciones a los estudiantes preescolares con necesidades especiales y se crearon para atender las necesidades educativas y de desarrollo de niños de 3 a 5 años de edad. Generalmente, estos distritos están formados de tres tipos de clases: clases que educan a estudiantes de 4 años de edad con necesidades especiales en el mismo salón de clase que los estudiantes que no tienen necesidades especiales; clases preescolares para estudiantes con Programas Educativos Individualizados y la necesidad de estar en clases más pequeñas y programación más individualizada; y clases con instrucción altamente especializada para estudiantes con autismo y estudiantes con discapacidades auditivas.



Al visitar un programa de cuidado infantil o de aprendizaje temprano, puede hacer ciertas preguntas para ayudarse a determinar cuál programa es el mejor para sus hijos y su familia. Estas preguntas están basadas en indicadores de calidad integrados en las normas de Grow NJ Kids.



Entorno de aprendizaje seguro y saludable

- ¿Hay comunicaciones regulares entre los maestros/el personal del programa y los padres? ¿Cómo se comunica la información (correo electrónico, llamadas telefónicas, cartas enviadas al hogar con el niño o niña)?
- ¿Está limpio el lugar?
- ¿Ve que el personal y los niños se lavan las manos antes y después de las comidas y de cambiar los pañales? ¿Las instalaciones son seguras?
- ¿El espacio de juego al aire libre es seguro, está limpio, sin basura ni vidrio roto?
- ¿Qué comidas proporciona el programa? ¿Se permite a los niños traer su propia comida por razones religiosas o alimenticias?
- ¿El programa tiene una política de salud oral o de cepillado de dientes?
- ¿El programa revisa los ojos, la audición, los dientes y el crecimiento de los niños mediante exámenes de detección?
- ¿El programa apoya el amamantamiento (almacenamiento de leche materna/un lugar para amamantar)?
- ¿Se cuidan juntos a niños de edades diferentes o se agrupan por edades?
- ¿Cómo se supervisa a los niños durante distintas situaciones (al dormir o jugar al aire libre)?

Currículo y entorno de aprendizaje

- ¿Cuántos niños estarán en la clase/el grupo de su hijo? ¿Cuáles son las edades de los niños en la clase/el hogar?
- ¿Hay un horario diario?
- ¿El horario diario incorpora oportunidades de juego tanto bajo techo como al aire libre?
- ¿Observa interacciones y conversaciones positivas, cálidas y enriquecedoras entre los maestros y los niños mientras están el salón de clase/el hogar?
- ¿Ve a los niños interactuando entre sí?
- ¿Los niños tienen acceso a libros y otros materiales?
- ¿Se les lee a los niños diariamente?
- ¿El programa usa un currículo basado en la investigación (apropiado según la edad para bebés y niños pequeños)?
- ¿Se les da "tiempo libre para jugar" a los niños (por ejemplo, se permite a los niños a elegir el libro que desean leer o la actividad que les gustaría hacer)?

Participación de la familia y comunidad

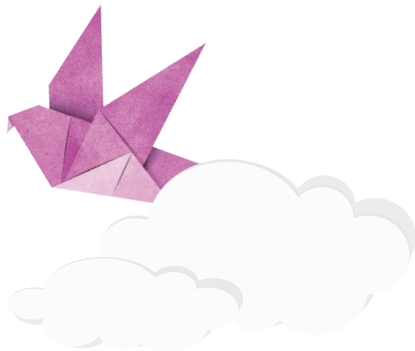
- ¿El programa tiene la política de puerta abierta? ¿Se permite a los padres visitar en cualquier momento?
- ¿El programa pone a disposición de las familias los recursos de la comunidad (eventos, información acerca de servicios)?
- ¿El programa acoge el idioma que su hijo o hija habla en el hogar, tanto en el salón de clase/el hogar como en los materiales que se usan?
- ¿El programa comparte información sobre las actividades/lecciones en que están trabajando para que los padres puedan reforzarlas en el hogar? Para los bebés, ¿tienen un registro diario?
- ¿El programa ofrece oportunidades para que los padres hagan servicio como voluntarios en el salón de clase/el hogar?
- ¿El programa ofrece talleres para padres?
- ¿El programa tiene un consejo de padres o grupo de padres?

Desarrollo profesional/planta laboral

- ¿Cuál es el nivel educativo del personal?
- ¿Durante cuánto tiempo el personal ha estado empleado en el programa?
- ¿A qué tipos de capacitación asiste el personal cada año?
- ¿Cuántos integrantes del personal han recibido capacitación en Resucitación Cardiopulmonar (Cardio Pulmonary Resuscitation; CPR) y de primeros auxilios?
- Si el programa usa un currículo basado en la investigación, ¿el personal ha obtenido capacitación formal en el currículo?

Administración y gerencia

- ¿El programa tiene una licencia vigente para el cuidado infantil o está registrado para brindar servicios de cuidado infantil en una familia? (Si corresponde, pues a algunos programas de distrito escolar no se les exige tener una licencia para el cuidado infantil.)
- ¿Cuánto es la matrícula/el costo? ¿Otras cuotas?
- ¿El programa tiene un manual para padres que describa las políticas y los procedimientos, incluidos los correspondientes a enfermedades de los niños, emergencias, disciplina?
- ¿El director del programa está en las instalaciones durante el horario de operación?
- ¿Cuál es la política diaria de registro de entrada y salida al dejar y recoger a su hijo o hija?
- ¿El programa está inscrito en Grow NJ Kids?



Para obtener recursos para padres, visite GrowNJKids.com. Línea de Ayuda de Cuidado Infantil 1-800-332-9227