



State of New Jersey
 DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
 DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT
 PO BOX 716
 TRENTON, NJ 08625-0716

CHRIS CHRISTIE
Governor

KIM GUADAGNO
Lt. Governor

JENNIFER VELEZ
Commissioner

JEANETTE PAGE-HAWKINGS
Director
 Tel: (609)588-2000

Julio 12, 2010

Estimado Padre:

El Presupuesto del Departamento de Servicios Humanos (DHS) para el Año Fiscal Estatal 2011 incluye nuevos requisitos para las familias entrantes que necesitan servicios de cuidado de niños antes/después de la escuela y/o verano asociado con el programa preescolar en los distritos escolares antiguamente conocida como Abbotts. Estos servicios son comúnmente llamados "Wraparound Child Care" y son proveídos por proveedores de cuidado infantil licenciados, basados en la comunidad y distritos escolares que proveen:

- Cuatro horas de cuidado tiempo-medio antes y/o después del programa de seis-horas de instrucción preescolar por diez meses (i.e. 180 días) que, a mínimo, cumple con los requisitos de licenciatura del Departamento de Niños y Familias (DCF) para centros de cuidado infantil ; y
- Hasta diez horas de operaciones del programa que le permite a los niños recibir cuidado infantil de tiempo-completo por seis horas o mas por dos meses (i.e., cuando las escuelas están cerradas por los meses de verano durante Julio y Agosto).

Comenzando Septiembre 1, 2010, para ser elegible para el cuidado infantil "wraparound", los padres/solicitantes tienen que ser empleados tiempo-completo, en un entrenamiento tiempo-completo o programa de educación, o una combinación de los dos que equivalen tiempo-completo. En adición, el ingreso familiar tiene que estar a o menos del 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) . Si es aceptado, su familia puede seguir siendo elegible hasta que su ingreso anual sea más que el 250% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), y/o usted ya no cumpla con los nuevos requisitos de elegibilidad de trabajo/escuela y/o entrenamiento. Si usted no cumple con los criterios de elegibilidad, usted tendrá que pagarle directamente a su proveedor de cuidado infantil por los servicios del "wraparound" al precio que la agencia le diga. En estos casos, usted tiene que hacer los pagos a su proveedor directamente antes del periodo de entrega del servicio. La tabla de abajo ilustra los niveles de elegibilidad de ingreso basados en tamaños familiares al 200% FPL:

Tamaño Familiar	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingreso Máximo	\$29,140	\$36,620	\$44,100	\$51,580	\$59,060	\$66,540	\$74,20	\$81,500	\$88,980

Si su ingreso es menor que el 100% del FPL, los servicios de cuidado infantil de "wraparound" seguirán siendo gratuitos. Aunque, usted necesitara someter prueba de empleo/educación o entrenamiento y documentos de verificación de ingreso para ser determinada elegible. Aplicaciones e información detallada se puede encontrar llamando al 1-800-332-9227 para hablar con un representante de la Agencia de Recursos y Referidos de Cuidado Infantil (CCR&R) en su condado.

Para ser determinado elegible, las familias tienen que:

- 1) Completar el formulario de Aplicación de Elegibilidad de Servicios de Cuidado Infantil (DHS/CC:1 12/08) y presentarlo a su CCR&R local;
- 2) Proveer prueba de empleo e ingreso (i.e. los cuatro comprobantes de pago mas reciente antes de la fecha de la aplicación, carta de su empleador, W-2, Income Tax, etc.);
- 3) Proveer verificación de escuela o entrenamiento;
- 4) Proveer verificación de ingreso familiar no trabajado (i.e., TANF, SSI, manutención, etc.) y
- 5) Cumplir con los requisitos de residencia establecidos por el antiguo distrito escolar Abbott donde residen Los niños que son elegibles tienen que cumplir con las regulaciones de **edad** (3 o 4 años de edad) establecidos por el distrito escolar donde atenderán.

Estimado Padre
Julio 12, 2010-07-15
Pagina 2

Si usted es determinado elegible para el subsidio de cuidado infantil para el wraparound, se le cobrara una pequeña tarifa de co-pago basado en el tamaño de su familia, ingreso y horas de cuidado. Si su ingreso esta bajo el 100% del FPL, a usted no se le cobrara el co-pago. Una familia de 3 con 1 niño en cuidado infantil "wraparound" y con un ingreso anual de \$27,465 será requerido pagar \$50.83 mensual para cuidado de tiempo-medio (menos de 6 horas por día; septiembre a Junio) y \$101.67 para cuidado de tiempo-completo (6 o mas horas por día por los meses de Julio y Agosto).

"DHS" sigue comprometido a proveer servicios para apoyar a las familias de bajo-ingreso que necesitan cuidado infantil para trabajar o atender escuela/entrenamiento. Para mas información, contacte la CCR&R en el condado donde reside al 800-332-9227.

Sinceramente,

Jeanette Page-Hawkins
Director

JPH:BW:hs



4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

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

Sr(A): _____

Date: _____

Re: Información Incompleta.

Hemos revisamos su aplicación y encontramos que necesitamos la siguiente información. Por favor, envíenos los documentos a 4Cs antes del _____ o su aplicación será negada.

Lo siguiente es requerido:

_____ **APPLICANTE/CO-APPLICANTE:** _____

_____ Numero de Seguro Social o Número de Pin del IRS (solamente si estudia)

_____ Fecha de Nacimiento

_____ **ENVIAR EL FORMULARIO ACTUAL DE W2 O 1040**

_____ Formulario 1099 – Empleado Independiente

_____ Formulario Trimestral de Impuestos (Si no recibe talonarios pero le hacen descuento de impuestos)

_____ Transcripción del IRS

_____ **PRUEBA DE TUTORIA O CUSTODIA LEGAL**

_____ **INDIQUE TAMANO FAMILIAR: # _____ Adulto(s) # _____ Niño(ren)**

_____ **VERIFICACION DE EMPLEO:** _____

_____ Los últimos 4(Si le pagan semanal) o 2(si le pagan quincenal o semi-mensual) talonarios consecutivos

_____ Carta del empleador demostrando las horas trabajadas por semana

_____ Indique la dirección del empleador o/y numero telefonico

_____ **VERIFICACION DE INGRESOS:** _____

_____ Prueba de desempleo, SSI, o/he incapacidad (cheques originals de las ultimas 4 semanas/ Carta original)

_____ Prueba de AFDC (carta del WFNJ)

_____ Prueba de manutención de su hijo(s) (Talonarios o carta)

_____ **PRUEBA DE ESTUDIOS**

_____ Horario de studios (Estampado con el sello de la escuela)

_____ Carta de la escuela/Universidad indicando las horas o/y créditos

_____ **NINO:** _____

_____ Copia del seguro social

_____ Copia del acta de nacimiento

_____ Si el niño(a) tiene necesidades especiales (deberá traer la evaluación medica)

_____ Usted tiene _____ niño, pero solo ha aplicado para _____ niño(s), necesitamos ver las Actas de nacimiento

_____ **FIRMAR LA SECCION F**

_____ Aplicante _____ Co-aplicante

Comentarios: _____

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



A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE **POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE _____ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.
RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino
 Parentesco del SOLICITANTE con los niños: Padre Madre Adulto responsable legalmente Padre de crianza Otro: _____

2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE (Si aplica) _____ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.
RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

3. DIRECCIÓN DE LA CASA (número y calle) _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Condado: _____ Distrito escolar: _____

4. TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____

5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA: ____ **NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA:** ____ **TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA :** ____

En el tamaño de la familia se debe incluir a padres, cónyuges, hijos para los que se solicita el subsidio, otros niños dependientes, o adultos reclamados en el formulario IRS 1040 del solicitante o cosolicitante. Cuando se trata de parientes, en el tamaño de la familia se debe incluir el niño para quien se solicita el subsidio y todos los dependientes reclamados en el formulario IRS 1040 del abuelo, tía o pariente. Para los casos de DYFS, un niño y cualquiera de sus hermanos que vivan en la misma casa y que están colocados en una ubicación fuera del hogar pagada por DYFS, deben contarse para determinar el tamaño de la familia.

B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA **ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES**
 No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.

Para cada fuente de ingreso, escriba si la información de ingreso se está dando por semana, cada dos semanas, mensual o anual. Incluya la pensión infantil y(o) la pensión alimenticia.

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

PADRE O MADRE/SOLICITANTE Indique el ingreso bruto del(la) actual:				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE Indique el ingreso bruto del(la) actual:			
SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO

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

Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación:
 Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal)
 (Si aplica, escriba "negocio propio")
 Número de teléfono: _____
 Marque uno: Trabajo Escuela Capacitación
 Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____/____/____
 Marque uno y escriba: Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Número de horas/semana y meses/año Medio tiempo
 para el trabajo/escuela/capacitación Empleo temporal ____ Núm. meses/año

PADRE/SOLICITANTE
 (_____) _____
 Trabajo Escuela Capacitación
 Fecha de inicio: ____/____/____
 Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Medio tiempo
 Empleo temporal ____ Núm. meses/año

PADRE/COSOLICITANTE
 (_____) _____
 Trabajo Escuela Capacitación
 Fecha de inicio: ____/____/____
 Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Medio tiempo
 Empleo temporal ____ Núm. meses/año

Nombre del centro SECUNDARIO de trabajo, escuela, capacitación:
 Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal)
 Número de teléfono: _____
 Marque uno: Trabajo Escuela Capacitación
 Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____/____/____
 Marque uno y escriba: Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Número de horas/semana y meses/año Medio tiempo
 para el trabajo/escuela/capacitación Empleo temporal ____ Núm. meses/año

PADRE/SOLICITANTE
 (_____) _____
 Trabajo Escuela Capacitación
 Fecha de inicio: ____/____/____
 Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Medio tiempo
 Empleo temporal ____ Núm. meses/año

PADRE/COSOLICITANTE
 (_____) _____
 Trabajo Escuela Capacitación
 Fecha de inicio: ____/____/____
 Tiempo completo ____ Núm. horas/sem
 Medio tiempo
 Empleo temporal ____ Núm. meses/año

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)
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)
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)
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.



**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: _____

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 ____/____/____
<p style="text-align:center;">(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____</p> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>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</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____</p> <p>El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____</p> <p>¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i></p> <p>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</p> <p>USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____</p> <p>Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____</p>			
5	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 5 _____	NÚM. DE SEG. SOC. _____	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
<p style="text-align:center;">(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____</p> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>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</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____</p> <p>El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____</p> <p>¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i></p> <p>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</p> <p>USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____</p> <p>Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____</p>			
6	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 6 _____	NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
<p style="text-align:center;">(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____</p> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>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</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____</p> <p>El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____</p> <p>¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i></p> <p>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</p> <p>USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____</p> <p>Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____</p>			
7	NONMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7 _____	NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
<p style="text-align:center;">(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____</p> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>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</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____</p> <p>El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____</p> <p>¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i></p> <p>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</p> <p>USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): Programa: _____ Código: _____ Componente: _____</p> <p>Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____</p>			