



## **SUBSIDIO PARA CUIDADO INFANTIL DISPONIBLE!!!**

### **DEBE CUMPLIR CON UNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:**

20 HRS. DE ENTRENAMIENTO POR SEMANA  
12 CRÉDITOS DE UNIVERSIDAD POR SEMESTRE  
30 HRS. DE EMPLEO POR SEMANA  
O  
EMPLEO DE TIEMPO-MEDIO  
&  
ESCUELA TIEMPO-MEDIO  
EQUIVALENTE A TIEMPO-COMPLETO

NINOS DEBEN SER CIUDADANOS AMERICANOS O RESIDENTES PERMANENTES

TAMANO DE FAMILIA	ELEGIBILIDAD INGRESO
2	\$29,140
3	\$36,620
4	\$44,100
5	\$51,580
For each additional family member add	\$7,480

### **PARA MAS INFORMACION CONTACTE:**

**4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.**  
2 MARKET STREET, 3<sup>RD</sup> FLOOR  
PATERSON, NJ 07501  
973-684-1904





# 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:

_____	<b>APPLICANTE/CO-APPLICANTE:</b> _____
_____	Numero de Seguro Social o Número de Pin del IRS (solamente si estudia)
_____	Fecha de Nacimiento
_____	<b>ENVIAR EL FORMULARIO ACTUAL DE W2 O 1040</b>
_____	Formulario 1099 – Empleado Independiente
_____	Formulario Trimestral de Impuestos (Si no recibe talonarios pero le hacen descuento de impuestos)
_____	Transcripción del IRS
_____	<b>PRUEBA DE TUTORIA O CUSTODIA LEGAL</b>
_____	<b>INDIQUE TAMANO FAMILIAR: # _____ Adulto(s) # _____ Niño(ren)</b>
_____	<b>VERIFICACION DE EMPLEO:</b> _____
_____	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
_____	<b>VERIFICACION DE INGRESOS:</b> _____
_____	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)
_____	<b>PRUEBA DE ESTUDIOS</b>
_____	Horario de studios (Estampado con el sello de la escuela)
_____	Carta de la escuela/Universidad indicando las horas o/y créditos
_____	<b>NINO:</b> _____
_____	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
_____	<b>FIRMAR LA SECCION F</b>
_____	Applicante _____ Co-aplicante



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

Contestar a la dirección siguiente:

**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.

**PADRE O MADRE/SOLICITANTE**  
Indique el ingreso bruto del(la) actual:

**PADRE O MADRE/COSOLICITANTE**  
Indique el ingreso bruto del(la) actual:

	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO
1. Sueldo y salario (bruto)								
2. Pensiones, jubilaciones								
3. Beneficios de seguro social/suplementaria								
4. Compensación laboral/desempleo								
5. Asistencia en efectivo TANF								
6. Pensión infantil/alimenticia								
7. Otro: _____								
<b>8. INGRESO BRUTO TOTAL</b>								

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

	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) (Si aplica, escriba "negocio propio")		
Número de teléfono: _____	(____) _____	(____) _____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem		<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año _____	<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

D	SÍ NO	<b>DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.</b>
<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 <b>COMPROBANTES</b> <input type="checkbox"/> Servicios <b>CONTRATADOS</b> en un centro basado en la comunidad

E	<b>INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS</b>	<b>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.</b>
---	------------------------------------	---

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.1</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

El menor tiene una necesidad especial:  No  Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

**USO DE LA AGENCIA:** Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.2</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

El menor tiene una necesidad especial:  No  Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

**USO DE LA AGENCIA:** Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.3</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

El menor tiene una necesidad especial:  No  Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

**USO DE LA AGENCIA:** Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**SE LE PUEDE REQUERIR QUE PROPORCIONE PRUEBA ADICIONAL DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, EDAD DEL NIÑO, INGRESO 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.**



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 de cada miembro del hogar. 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 y para los oficiales del orden para efectos de capturar a las personas que están escapando de la ley.
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  
FORMULARIO SUPLEMENTARIO**

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 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 para el NIÑO No. 4.

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 \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): \_\_\_\_\_

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**5** Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 5 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 para el NIÑO Núm. 5.

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 \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): \_\_\_\_\_

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**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 para el NIÑO Núm. 6.

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 \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): \_\_\_\_\_

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**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 para el NIÑO Núm. 7.

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 \_\_\_\_\_

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario): \_\_\_\_\_

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno)  Negado  Aprobado  Lista de espera  Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**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 bruto proveniente de sueldo y salarios.
2. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de pensiones y jubilación.
3. Indique todo el ingreso de beneficio recibido del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
4. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la compensación de trabajadores y desempleo.
5. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la asistencia social (TANF).
6. Indique todo el ingreso recibido para la pensión infantil o alimenticia de un padre ausente.
7. Incluya todo 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 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 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 de pago con comprobante para reducir sus costos de cuidado infantil o para servicios contratados en un centro basado en la comunidad.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:**

1-2 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. Se debe adjuntar una copia firmada de la certificación (SECCIÓN F) a todas las solicitudes, incluso solicitudes iniciales y para redeterminación.