PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Lista de Verificación de la Documentación

A continuación hay una lista general de los documentos requeridos para cada sección de la Solicitud del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil que debe presentar para la consideración inicial de elegibilidad. Documentos adicionales también pueden ser requeridos de acuerdo a los requisitos del programa. Comuníquese con 4CS del Condado de Passaic al 973-684-1904 si tiene preguntas o necesita ayuda.

IDENTIFICACIÓN

Para cada solicitante/ co-solicitante, **enviar uno** de los documentos en la **COLUMNA A:**

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRINCIPAL) O
Enviar uno de los siguientes:

- ❑ Licencia de conducir
- ❑ Tarjeta de identificación emitida por el gobierno (con foto)
- ❑ Tarjeta de identificación militar (con foto)
- ❑ Identificación emitida por el empleador (con foto)
- ❑ Identificación escolar (con foto)
- ❑ Pasaporte
- ❑ Tarjeta de residencia permanente

Si no puede proveer documento de la **COLUMNA A,** puede enviar dos documentos en la **COLUMNA B:**

COLUMNA B (Documentos secundarios)
Enviar dos de los siguientes:

- ❑ Diploma de Escuela Secundaria, GED, o Diploma de la Universidad
- ❑ Tarjeta de seguro médico o tarjeta de recetas
- ❑ Talonarios de cheques impresa/ comprobantes de pago
- ❑ Acta de nacimiento (solicitante/ co-solicitante, o niño)
- ❑ Tarjeta de Seguro Social

DIRECCIÓN

Para cada solicitante/co-solicitante, enviar uno de los siguientes documentos para verificar la residencia*

- ❑ Acuerdo de alquiler o factura de hipoteca
- ❑ Decreto judicial (si corresponde)
- ❑ Registros escolares que muestra la residencia
- ❑ Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)
- ❑ Facturas de servicios a domicilio
- ❑ Documentación medica
- ❑ Registración de vehículo o titulo o licencia de conducir de NJ.
- ❑ Los formularios de impuestos más recientes
- ❑ Póliza de seguro de inquilino/ propietarios de vivienda

**Si usted o su hijo no tienen un hogar y/o dirección fija, comuníquese con 4CS de el condado de Passaic para obtener ayuda.*

RELACIÓN Y TAMAÑO DEL HOGAR

Para cualquier niño que necesite servicios de cuidado infantil, presente **UNO** de los siguientes documentos para demostrar la relación:

- ❑ Acta de nacimiento del niño
- ❑ Decreto judicial (si corresponde)
- ❑ Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)

Para **cada dependiente que reside en el hogar** e incluido en el tamaño de la familia, envíe uno de los siguientes para verificar el tamaño de la familia:

- ❑ Acta de nacimiento
- ❑ Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)
- ❑ Decreto judicial
- ❑ Los formularios de impuestos más recientes que muestran cualquier niño que usted reclama como depende en sus impuestos, independiente de la edad.

Nota: para dependientes mayores de 18 años, enviar uno de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- ❑ Póliza de seguro medica mostrando cobertura para el depende
- ❑ Los formularios de impuestos que muestran la dependencia

- ❑ Registros de inscripción escolar.
- ❑ **Verificar otros adultos indicados en la aplicación**

ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Para cada niño que necesite cuido, por favor entregar uno de los siguientes:

- ❑ Acta de nacimiento E.U.
- ❑ Certificado de ciudadanía
- ❑ Pasaporte E.U. o tarjeta de pasaporte
- ❑ Tarjeta de Seguro Social
- ❑ Tarjeta de residencia (Green Card)
- ❑ USCIS Formulario I-551 (Registro de extranjero)
- ❑ Documento de viaje para refugiados (Formulario I-571)
- ❑ Formulario ISCIS / INS I-94 con el sello "Refugiado", "En Libertad Condicional", "Aviso de acción", o "Asilado"

INGRESOS

Ingresos del empleo:

- ❑ Debe proporcionar el salario actual de un mes (por ejemplo, 4 comprobantes semanales, 2 comprobantes quincenales, etc.)

Solo si tiene un Nuevo empleo: si los comprobantes no están disponibles, presentar:

- ❑ La carta del empleador en el documento oficial de la empresa (firmada /con fecha) debe incluir la tarifa de pago, las horas trabajadas por semana, forma de pago, la información de contacto del empleador y la fecha que comenzó
- ❑ Formulario de "Verificación de Empleo" DFD

Si se aprueba el subsidio, el solicitante / co-solicitante deberá realizar el seguimiento con comprobantes de sueldo

Si es empleado por cuenta propia:

- ❑ Presentar la Transcripción de impuestos del IRS del Formulario 1040 Anexo C, "Pérdidas o Ganancias de Negocio"

Si no puede trabajar o es incapacitado

- ❑ Formulario de "Verificación de incapacidad de padres" DFD

Otros ingresos o beneficios para la unidad familiar:

La documentación debe mostrar la tarifa y frecuencia con que recibe los ingresos de alguno de los beneficios a continuación:

- ❑ Documentación de desempleo
- ❑ Documentación de pensión
- ❑ Compensación del trabajador
- ❑ Carta de Otorgación de el Seguro Social
- ❑ Jubilación/ Pensión
- ❑ Apoyo conyugal/ Pensión alimenticia
- ❑ Beneficios para veteranos/militares
- ❑ Beneficios por discapacidad
- ❑ Manutención infantil - un mínimo de 6 meses de pago / historial de desembolsos (Nota: si la pensión alimenticia o manutención de menores no está ordenada por el tribunal, escriba la cantidad que recibe mensualmente en la sección Ingresos de la solicitud)
- ❑ Cualquier otro ingreso requerido para los informes de impuestos federales/estatales.

ESCUELA / ENTRENAMIENTO

Para cada Solicitante/ Co-solicitante, **Entregue Uno** de los siguientes:

- ❑ **ESCUELA:** Un horario de la escuela detallado que incluya el nombre la escuela, el nombre del estudiante, la fecha de inicio y finalización, los días y horas/créditos que usted asistirá.
- ❑ **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO:** Carta formal de el programa (firmado y con la fecha) indicando el nombre del programa, horario, fecha de inicio y fecha de culminación.

Eff.: 3/1/23

State of New Jersey
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

2023-2024
INCOME ELIGIBILITY SCHEDULES FOR PUBLICLY SUBSIDIZED CHILD CARE ASSISTANCE or SERVICES

	Federal Head Start Program*	Income Eligibility for the Child Care Assistance Program and Other Selected Child Care Programs Including Preschool Wrap Around Child Care Administered through the New Jersey Department of Human Services					*State Funded Kinship Child Care Services*	
	Maximum Allowable Annual Family Gross Income	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for ***Entry Level and/or Initial Eligibility***			Maximum Allowable Annual Gross Family Income ***At Redetermination***	Maximum Allowable Annual Gross Family Income ***Prior to Exit***	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for ***Eligibility for Clients Under Age 60***	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for ***Eligibility for Clients Over Age 60***
		TIER A	***TIER B***	***TIER C***	***TIER D***	***TIER E****		
Family Size	**Represents 100% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 150% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 175% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 200% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 250% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 85% of the 2023 New Jersey State Median Income**	**Represents 350% of the 2023 Federal Poverty Index**	**Represents 500% of the 2023 Federal Poverty Index**
1	**$14,580**	**$21,870**	**$25,515**	**$29,160**	**$36,450**	**$64,023**	**$51,030**	**$72,900**
2	**$19,720**	**$29,580**	**$34,510**	**$39,440**	**$49,300**	**$78,769**	**$69,020**	**$98,600**
3	**$24,860**	**$37,290**	**$43,505**	**$49,720**	**$62,150**	**$100,042**	**$87,010**	**$124,300**
4	**$30,000**	**$45,000**	**$52,500**	**$60,000**	**$75,000**	**$119,558**	**$105,000**	**$150,000**
5	**$35,140**	**$52,710**	**$61,495**	**$70,280**	**$87,850**	**$127,973**	**$122,990**	**$175,700**
6	**$40,280**	**$60,420**	**$70,490**	**$80,560**	**$100,700**	**$136,388**	**$140,980**	**$201,400**
7	**$45,420**	**$68,130**	**$79,485**	**$90,840**	**$113,550**	**$144,803**	**$158,970**	**$227,100**
8	**$50,560**	**$75,840**	**$88,480**	**$101,120**	**$126,400**	**$153,218**	**$176,960**	**$252,800**
9	**$55,700**	**$83,550**	**$97,475**	**$111,400**	**$139,250**	**$161,633**	**$194,950**	**$278,500**
10	**$60,840**	**$91,260**	**$106,470**	**$121,680**	**$152,100**	**$170,048**	**$212,940**	**$304,200**
11	**$65,980**	**$98,970**	**$115,465**	**$131,960**	**$164,950**	**$178,463**	**$230,930**	**$329,900**
12	**$71,120**	**$106,680**	**$124,460**	**$142,240**	**$177,800**	**$186,878**	**$248,920**	**$355,600**
For each additional family member add:	**$5,140**	**$7,710**	**$8,995**	**$10,280**	**$12,850**	**$8,415**	**$17,990**	**$25,700**

Note: Tier E represents the one-time Graduated Phase-Out period of child care assistance that may be utilized for one year.

Source : Annual Update of the HHS Poverty Guidelines, *Federal Register* , Vol. 88, No. 12, Friday, January 19, 2023, Page 3424

Source : Census Bureau Median Family Income by Family Size, Department of Justice, Cases Filed as of May 15, 2022, *https://www.justice.gov/*

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: 4CS of Passaic County
2 Market Street Suite 300
Paterson NJ 07501

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

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

Nombre completo del NIÑO Núm.1 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___

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

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

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

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ 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 ☐ Si. ***Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

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

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

Nombre completo del NIÑO Núm.2 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___

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

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

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

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ 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 ☐ Si. ***Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

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

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

Nombre completo del NIÑO Núm.3 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___

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

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

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

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ 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 ☐ Si. ***Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

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

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

SE LE PUEDE REQUERIR QUE PROPORCIONE PRUEBA ADICIONAL DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESO, 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 ☐ Si. ***Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 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 ☐ Si. ***Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 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** ☐ **Si.** ***Si contesto que si, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de NJ Spirit* _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): $_____ Semanal _____ Mensua_____. Fecha de inscripción: ___ ___/___ ___/___

7 **NONMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7** _____ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___
(Apellido) *(Primer nombre)* *(Inicial)* *(Número de 9 cifras)* *(Mes/Día/Año)*

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

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

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

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

El menor tiene una necesidad 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 ☐ Si. ***Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).***

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

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.)***:**_____ Programa: _____ Codigo: _____ Componente: _____

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

F

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 requiren 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 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:_____

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

PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Anexo a la solicitud

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

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

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

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

El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo	☐ No	☐ Sí
Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar	☐ No	☐ Sí
Trabaja por cuenta propia	☐ No	☐ Sí

¿Hay un(a) co-solicitante? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo	☐ No	☐ Sí
Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar	☐ No	☐ Sí
Trabaja por cuenta propia	☐ No	☐ Sí

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

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

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

Nombre del solicitante	Firma del (la) solicitante	Fecha de hoy
Nombre del co-solicitante	Firma del (la) co-solicitante	Fecha de hoy

DISCRIMINACIÓN

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

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN VÍA INTERNET

Al ingresar y verificar su dirección de correo electrónico a continuación le está concediendo permiso a 4CS of Passaic County, Inc. (4CS) y confirmando que está al tanto de que recibirá información confidencial y sensible, del programa y a su vez Información de la agencia de 4CS del Condado de Passaic con respecto a su ayuda financiera para el cuidado infantil y correspondencia general. Asegúrese de revisar su correo electrónico regularmente para asegurarse de que está recibiendo todos los documentos emitidos por 4CS. Tenga en cuenta que si no responde de manera puntual, puede haber una interrupción en su ayuda financiera de cuidado infantil. Por lo tanto, sea consistente en revisar su correo electrónico. Los tiempos críticos para buscar correos electrónicos de la agencia de 4CS son, entre otros, los siguientes:

- Cambio de proveedor
- Cambio de empleo
- 45 días previos a su Redeterminación Anual (cada 12 meses)

_____	_____
Dirección de correo electrónico del solicitante	Verificación de correo electrónico del solicitante
_____	_____
Dirección de correo electrónico del cosolicitante	Verificación de correo electrónico del cosolicitante

Por favor escriba y firme su nombre a continuación confirmando su permiso y autorización.

X_____ _____
Nombre impreso del solicitante Fecha

X_____
(Firma del solicitante)

X_____ _____
Nombre impreso del cosolicitante Fecha

X_____
(Firma del cosolicitante)

4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.
Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

Elegibilidad de Cuidado Infantil y Servicios' de Educación Temprana
Certificación de Verificación y Documentación de Padre

Carta del Empleador
_____ La carta del empleador fue proveído por mi proveedor

Información del Ingreso Familiar
_____ Yo reporte y entregue toda la información de ingreso que recibo. Esto Incluye SSI, Suplemento, Manutención, y calquier otro ingreso no ganado

Tamaño del Hogar
_____ El tamaño de unidad de familia solo incluye el numero de adultos y niños como esta en mi aplicación

Es illegal el obtener asistencia financier para servicios de cuidado infantile proveyendo información falsa o engañosa, incluyendo pero no limitada a información sobre mi elegibilidad y/o información relacionada a:

- No reportar con precisión todos los recursos de mi (nuesrto) ingreso. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a no reporter múltiples recursos de ingreso, o un aumento o diminución en salario/sueldo, pagos de manutención, o pension, o caulquier orto ingreso.
- No reportar con precisión la cantidad de mi igreso. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a reporter la cantidad precisa de ingreso del trabajador de cuenta propia, renta de propiedad propia o cambiando o alterando información en su contra cheque.
- No reportar con precisión el numero de los miembros de familia. Ejemplos incluyen, pero no están limitados a no reportar que mi pareja u otro padre/guardián esta viviendo en la casa.

Esta información se da con relación a fondos públicos federales, estatales y locales y se utilizaran a través de programas de computadoras para confirmer la exactitud de mi (nuestras) declaraciones y verficar mi (nuestra) ingresos, recourses y necesidad para asistencia de cuido infatil, como se garactiza.

Yo certifico que las declaraciones anteriores hechas por me son verdaderas. Soy consiente de que si alguna de las declaraciones anteriores son falsas, estoy sujeto a castigo y puedo ser terminado del programa del subsidio del cuidado infantile.

_____ _____
Nombre de Aplicante Nombre del Co-Aplicante

_____ _____
Firma Firma

Fecha: _____

4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.
Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

1. Is your child a citizen?

   Yes_____ or No _____

2. Does your child have health insurance?

   Yes_____ or No _____

   I understand that I must report any changes that may occur in my household within 10 days of that change or I may be responsible for repaying any money the 4CS paid for the care of my children.

   Print Name: _____Telephone #: _____

   Signature: _____Date:_____

Email Address: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐@hotmail.com ☐@gmail.com ☐@yahoo.com ☐@aol.com ☐@outlook.com

☐@optimum.net ☐@icloud.com ☐@other_____

1. Es su hijo/a ciudadano de este país?

   Si_____ o No _____

   Tiene su niño (s) seguro médico?

   Si_____ o No _____

   Yo entiendo que cualquier cambio que pueda ocurrir en mi hogar, yo les notificaré dentro de 10 días. De no ser así yo podría ser responsable de pagar el dinero que la agencia de 4CS ha pagado por el cuido de mi(s) hijo(s).

   Nombre: _____Número de teléfono: _____

   Firma: _____Fecha:_____

Correo electrónico: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐@hotmail.com ☐@gmail.com ☐@yahoo.com ☐@aol.com ☐@outlook.com

☐@optimum.net ☐@icloud.com ☐@other_____

4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.
Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

ACKNOWLEDGEMENT OF CHILD CARE POLICY REGARDING

DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS

I acknowledge receipt of the State of New Jersey Child Care Policy for Disqualification of Services for Parents dated 7/7/14 DFDI 14/07/01 from 4CS of Passaic County Inc. I have read the Disqualification Policy and understand my rights and responsibilities for the subsidy programs I am participating in.

_____ _____

Parent Signature Date

_____ _____

Parent Signature Date

_____

Print Name

_____

Print Name

Return signed acknowledgement to 4CS with completed Subsidy application.

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 rigorosas 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

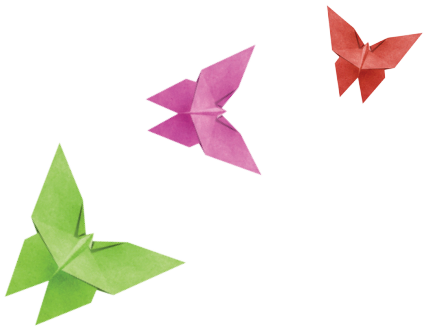
Los distritos escolares proporcionan programas preescolares de alta calidad basados en la investigación a niños de 3 y 4 años de edad. Estos programas pueden ubicarse dentro de localidades de un distrito escolar, un proveedor privado o una agencia local de Head Start.

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.

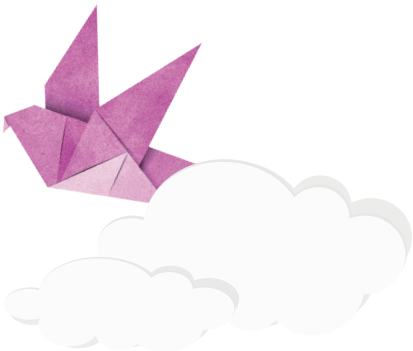
grow nj kids

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 concejo 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