

New Jersey Cares for Kids

Child Care Subsidy Program

Preguntas?

Llame al 973-383-3461

- Se adjunta su Solicitud de elegibilidad para el Programa de subsidio de cuidado infantil Cares for Kids de Nueva Jersey. New Jersey Cares for Kids ayuda a las familias trabajando a cubrir el costo del cuidado infantil.

- **Los requisitos de elegibilidad del programa NJCK son los siguientes:**

- ✓ Debe ser residente del condado de Sussex
- ✓ Debe ser empleado a tiempo completo (al menos 30 horas por semana) O
- ✓ Asistir a la escuela un tiempo completo (12 créditos o al menos 20 horas a la semana) O
- ✓ Trabajar un tiempo parcial y ir a la escuela / entrenamiento a tiempo parcial
- ✓ Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos

ASEGÚRESE DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Talones de pagos de sus 4 semanas más RECIENTES y CONSECUTIVAS de empleo y/o la escuela o la carta de inscripción oficial de registro. Si la escuela o la formación también necesitamos una copia de su horario.
- Documentación de ingresos adicionales, incluida la pensión alimenticia, SSI, empleo adicional, desempleo, y / o beneficios por discapacidad, etc.
- Copia del certificado de nacimiento y la tarjeta de seguridad social de cada niño.
- Comprobante de cupones de alimentos y asistencia con la vivienda, si la recibe
- No olvide incluir el co-solicitante (el co-solicitante debe cumplir con las mismas pautas de elegibilidad)
- Copia de la tarjeta de identificación con foto (licencia de conducir) y EBT (estampillas de comida) (si corresponde)

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS PERMANECERÁN PENDIENTES HASTA QUE SEA COMPLETADA Y RECIBIMOS TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE SOLICITE.

* Si necesita ayuda para encontrar cuidado infantil, llame a nuestra oficina para hablar con nuestro Especialista de Recursos y Referencias.

Las reglas del programa NEW JERSEY CARES FOR KIDS están sujetas a cambios sin previo aviso.

NJ CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

Documentation Checklist

Below is a **general list** of required documents for each section of the Child Care Subsidy Program Application that must be submitted for **initial** eligibility consideration. Additional documents may also be required based on program requirements. Please contact and check with the Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R) if you have questions or need assistance. You can reach your local CCR&R at 1-800-332-9227 or by visiting www.ChildCareNJ.gov.

IDENTIFICATION

For each applicant/co-applicant, **submit one** of the documents from **Column A**. If you are unable to provide from **Column A**, you may **submit two** documents from **Column B**:

COLUMN A (PRIMARY DOCUMENTATION) Submit one:

- ☐ Driver's License
- ☐ Government Issued Photo ID Card
- ☐ Military Photo ID Card
- ☐ Employer Issued Photo ID
- ☐ School Photo ID
- ☐ Passport
- ☐ Permanent Resident Card (Green Card)

OR

COLUMN B (SECONDARY DOCUMENTATION) Submit two:

- ☐ High School Diploma, GED, or College Diploma
- ☐ Health Insurance Card or Prescription Card
- ☐ Printed Paystub
- ☐ Birth Certificate (applicant/co-applicant or child's)
- ☐ Social Security Card

ADDRESS

For any applicant/co-applicant, **submit one** of the following to verify residence*:

- ☐ Current Rental/Lease Agreement or Mortgage Bill
- ☐ Court decree (if applicable)
- ☐ School records showing residence
- ☐ Custody Agreement or other court documents for guardianship
- ☐ Home utility bills
- ☐ Medical documentation
- ☐ Vehicle Registration or Title or NJ Driver's License
- ☐ Most recent filed tax forms showing dependency
(For dependents 18+, must provide filed IRS 1040 Form)

**If you or your child are homeless and do not have a fixed address, please contact your CCR&R for assistance.*

RELATIONSHIP AND HOUSEHOLD SIZE

For **any child in need of child care services**, submit the following to prove relationship:

- ☐ Child's Birth Certificate
- ☐ Court decree (if applicable)
- ☐ Custody Agreement or other court documents for guardianship (if applicable)

For each **dependent residing in the home** and included in the family size, **submit one** of the following to verify family size:

- ☐ Birth Certificate
- ☐ Court decree (if applicable)
- ☐ Custody Agreement or other court documents for guardianship (if applicable)
- ☐ Most recent filed tax forms showing dependency
(For dependents 18+, must provide filed IRS 1040 Form)

NJ CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

Documentation Checklist Continued

CHILD CITIZENSHIP STATUS

For any child in need of care, **submit one** of the following:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> U.S. Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Permanent Resident Card (Green Card) |
| <input type="checkbox"/> Certificate of Citizenship | <input type="checkbox"/> USCIS Form I-551 (Alien Registration Card) |
| <input type="checkbox"/> U.S. Passport or Passport Card | <input type="checkbox"/> Refugee Travel Document (Form I-571) |
| <input type="checkbox"/> Social Security Card | <input type="checkbox"/> USCIS/INS Form I-94 stamped "Refugee", "Parolee", "Asylee", or "Notice of Action" |

INCOME

INCOME FROM EMPLOYMENT:

- ☐ Must provide current one month's worth of current pay stubs (e.g. 4 weekly, 2 biweekly, etc.)

NEW EMPLOYMENT ONLY: If paystubs are not available

- ☐ Employer letter on company letterhead (signed/dated) Must include rate of pay, hours worked per week, employer contact information, and first date of employment; or

- ☐ DFD "Verification of Employment" Form
If approved for subsidy, applicant/co-applicant will be required to follow up with pay stubs.

- ☐ **SELF-EMPLOYED ONLY:** Submit Current IRS Tax Transcript of Form 1040 Schedule C, "Profit or Loss from Business"

- ☐ **UNABLE TO WORK or INCAPACITATED:** DFD "Parent Incapacitation Verification" Form

OTHER INCOME OR BENEFITS TO FAMILY UNIT:

Documentation must show the rate and frequency of the income received from the sources below:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Unemployment documentation |
| <input type="checkbox"/> Pension documentation |
| <input type="checkbox"/> Worker's Compensation |
| <input type="checkbox"/> Social Security award letter |
| <input type="checkbox"/> Retirement/Pension |
| <input type="checkbox"/> Spousal Support/Alimony |
| <input type="checkbox"/> Veterans/Military Benefits |
| <input type="checkbox"/> Disability Benefits |
| <input type="checkbox"/> Child Support – minimum of 6 months of Payment/Disbursement History
<i>(Note: If child support or alimony is not court ordered, write the amount you receive monthly in Section C of the application)</i> |
| <input type="checkbox"/> Any other income required for federal/state tax reporting purposes |

SCHOOL/TRAINING

For each applicant/co-applicant, **submit one** of the following:

- ☐ **SCHOOL:** Detailed school schedule naming the school and the student, including days and hours attending, credits, start and end date
- ☐ **TRAINING PROGRAM:** Letter on Program letterhead (signed/dated) indicating name of program, start and end date and weekly schedule

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: Norwescap-Child and Family Resource Services
186 Halsey Road, Ste. 1, Newton, NJ 07860
973-383-3461 www.norwescap.org

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) <i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i> RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Parentesco del SOLICITANTE con los niños: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Adulto responsable legalmente <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> 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) <i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i> RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																																		
	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 : ____ <i>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.</i>																																																																		
B	INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA	ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES <i>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.</i>																																																																	
	Para cada fuente de ingreso, escriba si la información de ingreso se está dando por semana, cada dos semanas, mensual o anual. Incluya la pensión infantil y(o) la pensión alimenticia. 1. Sueldo y salario (bruto) 2. Pensiones, jubilaciones 3. Beneficios de seguro social/suplementaria 4. Compensación laboral/desempleo 5. Asistencia en efectivo TANF 6. Pensión infantil/alimenticia 7. Otro: _____ 8. INGRESO BRUTO TOTAL	PADRE O MADRE/SOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEMANA</th> <th>2 SEMANAS</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO																													PADRE O MADRE/COSOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEMANA</th> <th>2 SEMANAS</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO																												
SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO																																																																
SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO																																																																
C	INFORMACIÓN DE TRABAJO/ ESCUELA/CAPACITACIÓN	DEBE ANEXARSE PRUEBA DE MATRÍCULA VIGENTE EN LA ESCUELA																																																																	
	Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) (Si aplica, escriba "negocio propio") Número de teléfono: _____ Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____/____/____ Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	PADRE/SOLICITANTE (____) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Fecha de inicio: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal ____ Núm. meses/año	PADRE/COSOLICITANTE (____) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Fecha de inicio: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <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 Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____/____/____ Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	PADRE/SOLICITANTE (____) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Fecha de inicio: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal ____ Núm. meses/año	PADRE/COSOLICITANTE (____) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación Fecha de inicio: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo ____ Núm. horas/sem <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleo temporal ____ Núm. meses/año																																																																

No se aceptarán solicitudes incompletas*

DHS/CC:1 (12/08)

D	SÍ	NO	DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: <input type="checkbox"/> Asistencia de pago con COMPROBANTES <input type="checkbox"/> Servicios CONTRATADOS en un centro basado en la comunidad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

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

Nombre completo del NIÑO Núm.1	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____		
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		
USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente		
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): KC _____/____		
Programa: ____ Código: ____ Componente: ____ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____		

Nombre completo del NIÑO Núm.2	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____		
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		
USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente		
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): KC _____/____		
Programa: ____ Código: ____ Componente: ____ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____		

Nombre completo del NIÑO Núm.3	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____		
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		
USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente		
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): KC _____/____		
Programa: ____ Código: ____ Componente: ____ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ ____ Semanal \$ ____ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____		

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



**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Por este medio yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información anterior es correcta y verdadera a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o hacer que otras personas oculten información es contrario a la ley y que me (nos) sujetaría a un posible enjuiciamiento. Asimismo entiendo (entendemos) que:

1. Aceptar asistencia financiera de cuidado infantil no es para mi (nuestro) uso o gastos personales y que los fondos gubernamentales federales, estatales y locales son para uso y se deberán utilizar en costos asociados directamente con los servicios dados por un proveedor de cuidado infantil.
2. Es contrario a la ley obtener asistencia financiera para servicios de cuidado infantil al proporcionar información falsa o engañosa, lo que incluye, aunque no se limita a información sobre mi elegibilidad y(o) información que se relaciona con la asistencia de un menor para registros de un proveedor, hojas de asistencia o formularios de pagos de comprobantes. Algunos ejemplos de comportamiento ilegal incluyen, aunque no se limitan a:
 - Falta de informar con precisión todas las fuentes de mi (nuestro) ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, no reportar múltiples fuentes de ingreso o un aumento o reducción de jornal/salario, pagos de pensión infantil o pensión alimenticia o cualquier otro ingreso.
 - Falta de informar con precisión la cantidad de mi ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, informar la(s) cantidad(es) exacta(s) de ingreso del empleo propio; alquiler de propiedades o cambio o alteración de la información que aparece en los talonarios de los cheques de pago.
 - Falta de informar con precisión el número de miembros del hogar. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a no informar que mi cónyuge u otro padre/tutor legal está viviendo en el hogar.
 - Firmar de antemano y poner la fecha en los formularios de certificación de comprobantes, hojas de asistencia u otros archivos utilizados por el proveedor para rastrear y verificar la asistencia de un menor.
 - Falta de verificar con precisión la asistencia de un menor en los formularios de registro de asistencia dando los marcos de tiempo de informe.
3. Esta información se da con relación a los fondos gubernamentales federales, estatales y locales, y se utilizará a través de programas de comparación computarizada para confirmar la precisión de mi(s) declaración (declaraciones), así como para verificar mi (nuestro) ingreso, recursos y necesidad de asistencia de cuidado infantil, según sea necesario.
4. Es voluntario proporcionar la información solicitada, lo cual incluye números de seguro social del Padre/Madre/Solicitante. El personal de la agencia puede utilizar mi (nuestra) información de nombre y seguro social con agencias federales y estatales, así como con otras fuentes que consideren necesarias para examen oficial. Sin embargo, se requieren copias de los certificados de nacimiento, de las tarjetas de Seguro Social, de las tarjetas de Residente Legal, si es el caso, de todos los niños para los que se solicitan servicios de subsidio.
5. La falta de proporcionar información o el dar información falsa de forma deliberada resultará en que se me niegue mi (nuestra) solicitud, en la terminación de los beneficios de cuidado infantil a la familia y referencia a las agencias federales, estatales o locales para acción en los tribunales civiles o criminales, interceptación del sueldo o impuestos, así como agencias de cobranza privadas para actos de reclamaciones relacionados con el reintegro y recuperación de fondos.
6. Proporcionar información falsa o engañosa en mi (nuestra) solicitud de asistencia financiera de cuidado infantil y(o) la falta de informar dentro de diez días cualquier cambio en el número de integrantes de mi (nuestra) familia o ingreso familiar, o bien cualquiera otra circunstancia que podría cambiar mi (nuestra) elegibilidad, tal como el estatus de trabajo / escuela/ capacitación, podría resultar en la terminación de mi (nuestro) subsidio para cuidado infantil y podría terminar mi (nuestra) elegibilidad para solicitar y(o) recibir cuidado infantil subsidiado durante un período de seis meses por la primera infracción; por un periodo de 12 meses por la segunda violación y la descalificación permanente por la tercera violación.
7. Si recibo asistencia financiera como resultado de la información falsa o engañosa, podría ser yo (nosotros) responsable (s) por el reintegro de los beneficios de cuidado infantil y podría verme (podríamos vernos) sujetos a una multa civil y a un posible enjuiciamiento en los tribunales.
8. Entiendo (entendemos) que para poder verificar mi (nuestro) ingreso y la necesidad de un servicio, una Agencia de Recursos y Referencia a Cuidados Infantiles (Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R), en inglés) necesitaría comunicarse con mi (nuestro) empleo. Por este medio autorizo (autorizamos) a mi (nuestro) empleo a que divulgue información relacionada con mi (nuestro) ingreso, escala de pagos, horarios y programa de trabajo a la CCR&R en mi (nuestro) condado de residencia ante el cual estoy presentando mi solicitud para servicios de cuidado infantil subsidiado en el Estado de New Jersey.

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

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

SÓLO PARA USO DE DYFS:

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

Nota:

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

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

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

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

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

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

Marque una: ☐ NEGADO ☐ APROBADO ☐ PENDIENTE

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

Nota: _____

Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____

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

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

Nombre del padre/solicitante: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

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

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.
RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____
El menor tiene una necesidad especial ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Sí. Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____
Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

5 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 5 NÚM. DE SEG. SOC. FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.
RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____
El menor tiene una necesidad especial ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Sí. Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____
Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

6 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 6 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.
RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____
El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Sí. Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____
Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

7 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 ☐ Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____
Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____



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

ATTENTION: If you need your copay reduced because of a change in your family circumstances, please submit this form within **10 DAYS** of the change.

Today's Date:

Month / Day / Year

CC-198 (Rev. 4/17)

New Jersey Child Care Subsidy Program NOTIFICATION OF CHANGE FORM (C)

Instructions – Notify your Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R) of any changes by completing and submitting this form to the address listed below.

Name of Applicant: _____ Address: _____		Please mail this form to: NORWESCAP-Child and Family Resource Services 186 Halsey Road, Suite 1 Newton, NJ 07860 973-383-3461											
Name of Co-Applicant: _____													
Family Identifier: _____													
The Below Change Occurred on: _____ / _____ / _____ Month Day Year		<input type="checkbox"/> I Need a Copay Reassessment											
STATUS CHANGE													
<input type="checkbox"/> Termination of Employment/School/Training: _____ (Name of Employer, School/Training Site)													
<input type="checkbox"/> Medical Leave/Family Leave/Maternity Leave													
<input type="checkbox"/> Seasonal Work/ School Break													
<input type="checkbox"/> Reduced Hours/School/Training New Weekly Hours: _____ New School Credits (Total): _____													
<input type="checkbox"/> Wage Reduction or Increase New Wage Amount: _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____													
Policy Reminder – Families with income that exceeds 85% of State Median Income during the eligibility period will not be eligible for child care assistance. The information in the chart below is based on the FY 2016 Annual Update of the Department of Health & Human Services Poverty Guidelines and FY 2016 Department of Justice Census Bureau data on Median Family Income by Family Size.													
If Your Family Size is	⇒	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Your Income Cannot Exceed	⇒	\$52,826	\$63,211	\$78,615	\$96,436	\$103,576	\$110,716	\$117,856	\$124,996	\$132,136	\$139,276	\$146,416	\$153,556
Note: If Your Family Size is more than 12, Each Additional= \$7,140													
HOUSEHOLD SIZE CHANGE													
<input type="checkbox"/> New Birth or Adoption <input type="checkbox"/> Eligible Dependent (Adult Over age 18) <input type="checkbox"/> Marriage <input type="checkbox"/> Divorce/Separation <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Other: _____													
Household Size Change													
	Name	DOB						Sex	SSN	Add	Remove		
Child													
Child													
Co-Applicant													
Dependent													
This is to certify that I experienced the above change and wish to update my family status as indicated on this form.													
<ul style="list-style-type: none">I understand that if I wish to have my co-pay reassessed due to a change in circumstance, I must submit my request within 10 days of the change.I understand that if I experience a change in my employment/school/training status that exceeds three months, I must immediately notify the Child Care Resource and Referral Agency listed above.I understand that CCR&R reserves the right to verify status changes during the eligibility period and that I may be required to provide documentation according to child care policy.I understand that I could face adverse action, which may include termination of child care services and payment recoupment if I misrepresent any information provided on this form.													
Applicant Signature _____ Date _____													
Co-Applicant Signature _____ Date _____													
AGENCY USE ONLY:													
CCR&R Authorizing Signature _____ Date _____													