

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños



NORWESCAP
Child & Family Resource Services



SOLICITANTE (S) ESTOS SON LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS PADRES:

- Deben ser residentes de Nueva Jersey.
- Deben cumplir con los requisitos de ingresos y no tener bienes que excedan \$1 millón.
- Debe estar trabajando a tiempo completo (30 horas o más a la semana), asistiendo a la escuela a tiempo completo (12 créditos o más), o en capacitación laboral (al menos 20 horas a la semana), o una combinación de las tres.
- Dependiendo del tamaño y los ingresos de la familia, puede tener que contribuir al costo de la atención (copago) y cualquier cargo de exceso.



Nuestra misión es fortalecer a las familias y a la comunidad a través de mejor calidad y accesibilidad a educación temprana, y proporcionamiento de información y recursos a los servicios comunitarios.

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado infantil?

Llame para hablar con nuestro Especialista en Participación Familiar (FES) que también puede discutir cualquier otro recurso que pueda necesitar.

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7
Su ingreso no puede exceder:	\$34,840	\$43,920	\$53,000	\$62,080	\$71,160	\$80,240

Si el tamaño de su familia es mayor que lo que se muestra en la grafica, póngase en contacto con su agencia local CCR&R. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Las reglas del Programa de Subsidio están sujetas a cambios sin previo aviso.
- Ver la lista de verificación adjunta para saber cuales son los documentos requeridos.
- Las solicitudes incompletas serán descartadas después de 90 días.

Servimos a las Familias de los Condados de Hunterdon, Sussex y Warren.

Envíe su aplicación a: cfrsapplications@norwescap.org

Hunterdon

84 Park Ave. Ste. E104
Flemington, NJ 08822
Tel: 908-782-8183
Fax: 908-782-3498

Sussex

186 Halsey Rd., Ste 1
Newton, NJ 07860
Tel: 973-383-3461
Fax: 973-383-8222

Warren

350 Marshall Street
Phillipsburg, NJ 08865
Tel: 908-454-1078
Fax: 908-454-3117

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

Abajo encontrará una **lista general** de los documentos requeridos para cada una de las secciones de la Solicitud del programa de subsidios para el cuidado infantil que deben enviarse para una evaluación **inicial** de elegibilidad. También pueden requerirse documentos adicionales, según los requisitos del programa. Comuníquese con la Agencia de Recursos e Información sobre Cuidado Infantil (CCR&R) si tiene preguntas o si necesita ayuda. Puede comunicarse con su CCR&R local llamando al 1-800-332-9227 o visitando el sitio web www.ChildCareNJ.gov.

IDENTIFICACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos de la **columna A**. Si no es posible conseguir un documento de la **columna A**, puede **enviar dos** documentos de la **columna B**:

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Envíe uno:

- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno
- ☐ Tarjeta de identificación militar con fotografía
- ☐ Identificación con fotografía emitida por su empleador
- ☐ Identificación de estudiante con fotografía
- ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde)

O

COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Envíe dos:

- ☐ Diploma de estudios secundarios, diploma de educación general básica (GED) o diploma universitario
- ☐ Tarjeta de seguro de salud o tarjeta de medicamentos recetados
- ☐ Comprobante de pago impreso
- ☐ Certificado de nacimiento (del solicitante/cosolicitante o del niño)
- ☐ Tarjeta del Seguro Social

DIRECCIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar su residencia*:

- ☐ Contrato de alquiler/arrendamiento actual o comprobante de hipoteca
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Archivos escolares que demuestren residencia
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela
- ☐ Cuentas de servicios públicos
- ☐ Documentación médica
- ☐ Inscripción de vehículo, titularidad o licencia de conducir de NJ
- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (Para dependientes mayores de 18 años, debe enviar el formulario 1040 presentado ante IRS completo)

**Si usted o su niño no tienen vivienda o no tienen una dirección fija, comuníquese con su CCR&R para obtener asistencia.*

RELACIONES Y TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

Para cualquier **niño que necesite servicios de cuidado infantil**, envíe la siguiente información para comprobar la relación:

- ☐ Certificado de nacimiento del niño
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)

Para cada **dependiente que viva en el hogar** y esté incluido en el tamaño de la familia, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar el tamaño de la familia:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo

Si el dependiente **es mayor de 18 años**, **envíe uno** de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (copio del formulario 1040 presentado ante IRS completo)
- ☐ Póliza de seguro médica mostrando cobertura para el dependiente
- ☐ Registros de inscripción escolar

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

Lista de documentación

ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Por cada niño que necesite cuidado, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento de los EE. UU. | <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde) |
| <input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía | <input type="checkbox"/> Formulario I-551 del USCIS (Tarjeta de residencia permanente) |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte de los EE. UU. o tarjeta de pasaporte | <input type="checkbox"/> Documentos de viaje de refugiado (Formulario I-571) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Formulario I-94 del USCIS/INS sellado como "refugiado", "persona con permiso de ingreso condicional", "asilado", o "aviso de acción" |

INGRESOS

INGRESOS DEL EMPLEO:

- ☐ Debe presentar comprobantes de pago actuales equivalentes a un mes (p. ej.: 4 semanales, 2 quincenales, etc.)

SOLO PARA NUEVO EMPLEO: Si no tiene comprobantes de pago disponibles

- ☐ Una carta del empleador con membrete de la compañía (firmada/fecha). Debe incluir tarifas de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y la primera fecha de empleo; o
- ☐ Formulario "Verificación de empleo" de la DFD
Si se aprueba el subsidio, se le requerirá al solicitante/cosolicitante hacer un seguimiento con los comprobantes de pago.

- ☐ **SOLO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES:** Enviar la transcripción fiscal actual del formulario 1040 Anexo C del IRS: "Ganancias o pérdidas del negocio"

- ☐ **SI NO PUEDE TRABAJAR o ESTÁ INCAPACITADO:** Formulario de la DFD "Verificación de incapacidad parental"

OTROS INGRESOS O

BENEFICIOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

La documentación debe mostrar la tasa y frecuencia de los ingresos recibidos de las fuentes que figuran abajo:

- ☐ Documentación de desempleo
- ☐ Documentación de pensión
- ☐ Compensación al trabajador
- ☐ Carta de concesión del Seguro Social
- ☐ Jubilación/Pensión
- ☐ Manutención del cónyuge/cuota alimenticia
- ☐ Beneficios militares/de veteranos
- ☐ Beneficios por incapacidad
- ☐ Pensión infantil – historial mínimo de 6 meses de pago/desembolso
(Nota: si la pensión infantil o la cuota alimenticia no fue ordenada judicialmente, escriba la cantidad que recibe de forma mensual en la Sección C de la solicitud)
- ☐ Cualquier otro ingreso requerido a los fines de las declaraciones de impuestos federales/estatales

ESCUELA/CAPACITACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- ☐ **ESCUELA:** Información detallada del cronograma escolar, con el nombre de la escuela y del alumno, incluidos los horarios y días de asistencia, los créditos y las fechas de inicio y finalización
- ☐ **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:** Carta con el membrete del programa (firmada/fecha) que indique el nombre del programa, las fechas de inicio y de finalización y el cronograma semanal

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
350 Marshall Street, Phillipsburg, NJ 08865
908-454-1078 www.norwescap.org

A	INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE	POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS																																																																									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(Apellido) _____</div> <div>(Primer nombre) _____</div> <div>(Inicial) _____</div> <div>(número 9 cifras) _____</div> <div>(Mes/Día/Año) _____</div> </div> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>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: _____</p> </div> <div> NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ </div> </div>																																																																										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE (Si aplica) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(Apellido) _____</div> <div>(Primer nombre) _____</div> <div>(Inicial) _____</div> <div>(Número 9 cifras) _____</div> <div>(Mes/Día/Año) _____</div> </div> <p><i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i></p> <p>RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p>ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> </div> <div> NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ </div> </div>																																																																										
	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 : _____ <p><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></p>																																																																										
B	INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA	ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES																																																																									
	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.	No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.																																																																									
	PADRE O MADRE/SOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i>	PADRE O MADRE/COSOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i>																																																																									
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">SEMANA</th> <th style="width:25%;">2 SEMANAS</th> <th style="width:25%;">MES</th> <th style="width:25%;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Sueldo y salario (bruto)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Pensiones, jubilaciones</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Beneficios de seguro social/suplementaria</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Compensación laboral/desempleo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Asistencia en efectivo TANF</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Pensión infantil/alimenticia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Otro: _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. INGRESO BRUTO TOTAL</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">SEMANA</th> <th style="width:25%;">2 SEMANAS</th> <th style="width:25%;">MES</th> <th style="width:25%;">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> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		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																																																																											
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) <i>(Si aplica, escriba "negocio propio")</i> 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 copy reduced because of a change in your family circumstances, please submit this form within **10 DAYS** of the change.

Today's Date:

CC-198 (Rev. 4/17)

Month / Day / Year

New Jersey Child Care Subsidy Program
NOTIFICATION OF CHANGE FORM

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: _____

Name of Co-Applicant: _____

Please email this form to:
Norwescap Child and Family Resource Services
cfrsapplications@norwescap.org

Family Identifier: _____

The Below Change Occurred on: _____ Month / Day / Year

☐ I Need a Copay Reassessment

☐ STATUS CHANGE Termination of Employment/School/Training: _____ (Name of Employer, School/Training Site)

☐ Medical Leave/Family Leave/Maternity Leave

☐ Seasonal Work/ School Break

☐ Reduced Hours/School/Training New Weekly Hours: _____ New School Credits (Total): _____

☐ Wage Reduction or Increase New Wage Amount: _____ ☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly ☐ 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 2020 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	⇒	\$60,404	\$74,317	\$94,389	\$112,802	\$120,452	\$128,102	\$135,752	\$143,402	\$151,052	\$158,702	\$166,352	\$174,002

HOUSEHOLD SIZE CHANGE

☐ New Birth or Adoption ☐ Eligible Dependent (Adult Over age 18) ☐ Marriage ☐ Divorce/Separation ☐ Death ☐ Other: _____

Household Size Change									
	Name	DOB	Sex	SSN	Add	Remove			
Child					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Child					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Co-Applicant					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dependent					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

This is to certify that I experienced the above change and wish to update my family status as indicated on this form.

- I understand that if I wish to have my co-pay reassessed due to a change in circumstance,
- .
- I understand that DFD or its designee 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 _____



¿Busca cuidado infantil de calidad?

¡Estamos aquí para ayudarle! Vamos a discutir sus opciones de cuidado de niños, el nuevo Grow New Jersey y las Nuevas Iniciativas de Cuidado Infantil de Calidad.

Nuestro Especialista en Participación Familiar en su oficina de CCR&R local estará encantado de ayudarle entre las 8:00 AM-4:30 PM. ¡Llame a su especialista hoy mismo para informarse acerca de estos nuevos y excitantes cambios!

Servimos a las familias de los Condados de Hunterdon, Sussex y Warren

Hunterdon

84 Park Ave. Ste. E104
Flemington, NJ 08822
Tel: 908-782-8183
Fax: 908-782-3498

Sussex

186 Halsey Rd., Ste 1
Newton, NJ 07860
Tel: 973-383-3461
Fax: 973-383-8222

Warren

350 Marshall Street
Phillipsburg, NJ 08865
Tel: 908-454-1078
Fax: 908-454-3117



NORWESCAP
Child & Family Resource Services
www.norwescap.org

Cómo encontrar cuidado infantil de calidad

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

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

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

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

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

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

Cuidado basado en hogares:

Cuidado infantil en familias

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

Cuidado en hogares

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



Cuidado basado en centros y en escuelas:

Centros de Cuidado Infantil

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

Head Start y Early Head Start

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

Programas Preescolares de Distritos Escolares

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

Distritos Escolares de Servicios Especiales

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



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



Entorno de aprendizaje seguro y saludable

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

Currículo y entorno de aprendizaje

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

Participación de la familia y comunidad

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

Desarrollo profesional/planta laboral

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

Administración y gerencia

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



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