



Departamento de Servicios Humanos • División de Desarrollo Familiar
**Formulario de Notificación de Cambio del Programa de Asistencia
para el Cuidado de Niños de New Jersey**

Instrucciones: Complete este formulario para informar los cambios que afecten su elegibilidad. Debe informar los cambios requeridos (consulte la sección 1) dentro de los 10 días calendario posteriores al cambio. Las familias con ingresos que superen el 85 % del ingreso medio estatal (State Median Income, SMI) durante el periodo de elegibilidad, que se muden fuera de New Jersey o que dejen de usar el cuidado de niños ya no serán elegibles para recibir pagos del Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños. Los formularios completados deben enviarse a su agencia de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral, CCR&R). Para agregar un niño o que se reduzca su copago, debe incluir documentación que respalde los ingresos actuales o el cambio de tamaño del hogar (consulte la Lista de verificación de documentación en el CC-1).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del solicitante: _____ Nombre del cosolicitante (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____ ID. del caso: _____

SECCIÓN 1 REQUERIDA: Cambios que DEBE reportar

☐ Mis ingresos superan el 85 % del SMI durante el periodo de elegibilidad (a partir del _____)

Límites de ingresos al 85 % del SMI

Si el tamaño de su familia es	1	2	3	4	5	6	7	8
Los ingresos no pueden superar	\$69,567	\$84,962	\$108,303	\$134,671	\$143,086	\$151,501	\$159,916	\$168,331

Estos límites de ingresos se basan en el SMI 2025-2026. Si el tamaño de la familia es de más de 8 personas, cada persona adicional = \$8,415

☐ Mi(s) niño(s) ya no necesita(n) cuidado de niños (a partir del _____)

☐ Me mudé de New Jersey o a otro condado (cambio de residencia) (a partir del _____)

Nueva dirección: _____ Condado: _____

☐ Cambié de proveedor (a partir del _____)

Nombre del nuevo proveedor: _____ Teléfono: _____

Dirección del proveedor: _____ Condado: _____

☐ Cambié las horas de cuidado de tiempo completo a tiempo parcial o de tiempo parcial a tiempo completo
(nuevas horas _____ a partir del _____)

SECCIÓN 2 VOLUNTARIA:

Cambios que PUEDE informar para agregar un niño o solicitar una reducción de copago

☐ Agregar un nuevo niño al caso de CCAP

☐ Cambio en el copago debido a: Cambio en el tamaño del hogar (a partir del ____)

☐ Cambio en los ingresos (a partir del ____)

Proporcione el monto del salario actual: \$ _____ ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual (a partir del _____)

☐ Nuevo nacimiento/adopción ☐ Divorcio/separación ☐ Dependiente elegible (adulto mayor de 18 años)

☐ Matrimonio ☐ Defunción

	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguridad social	Agregar	Quitar
Niño	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosolicitante	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CERTIFICACIÓN

Esto es para certificar que ocurrió el cambio anterior y deseo cambiar mi estado familiar como se indica arriba. Entiendo que:

- Es posible que se me solicite proporcionar documentación de acuerdo con las políticas del programa y que la División de Desarrollo Familiar o CCR&R se reserven el derecho de verificar los cambios de estado durante el periodo de elegibilidad.
- Podría estar sujeto a sanciones, que pueden incluir la descalificación de los servicios de cuidado de niños o la recuperación de pagos, si tergiverso cualquier cambio de estado.

Firma del solicitante

Firma del cosolicitante

Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con su agencia de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral, CCR&R):