



3301C Route 66 PO Box 1234 Neptune NJ 07754-1234
732-918-9901 Fax 732-918-9902 www.ccrnj.org

New Jersey Cares For Kids

Programa de subsidios para el cuidado de menores

¿PREGUNTAS?

Llame 1 (800) 734-4810

- Adjunto se encuentra su solicitud de elegibilidad para el programa de subsidios de cuidado de menores de New Jersey Cares for Kids. El programa de New Jersey Cares for Kids ayuda a las familias que trabajan para que puedan pagar el costo del cuidado de menores.
- **Los requisitos de elegibilidad para el programa de NJCK son los siguientes:**
 - ✓ Debe ser un residente del condado de Monmouth
 - ✓ Debe ser empleado de tiempo completo (por lo menos 30 horas por semana), O asistir al colegio por tiempo completo (por lo menos 20 horas por semana)
 - ✓ O trabajar medio tiempo y asistir al colegio/capacitación o entrenamiento por medio tiempo
 - ✓ Debe cumplir con los lineamientos requeridos de ingreso.
- Si necesita ayuda para encontrar cuidado de niños en su área, por favor comuníquese con su administrador de caso de subsidio.
- Una vez este recibiendo el subsidio de cuidado infantil, cualquier cambio debe ser informado dentro de 10 días a su administrador de caso de subsidio.

NO SE ACEPTARÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS

ASEGURARSE DE INCLUIR LOS SIGUIENTES:

- Un mes de talones de pago o su registro de estudios. Si su empleo es nuevo incluya una carta de su empleador.
- Documentación de ingresos adicionales, incluidos SSI, desempleo, seguro de incapacidad y manutención para menores.
- Si recibe manutención a través de la corte por favor incluya copia de su orden. Si tiene acuerdo personal mutuo, envíe la carta del padre/madre indicando los detalles de los acuerdos de pago.
- Copias de la tarjeta del seguro social y certificado de nacimiento por cada niño de la familia.
- Comprobante de cupones de alimentos (FoodStamps) y asistencia de Vivienda, si lo recibe.
- Si trabaja independiente, incluya una copia del formulario 1040 Anexo C del IRS y la transcripción fiscal más reciente. Esto es a través de IRS.
- No se olvide de incluir co-solicitante (padre o adulto bajo la misma vivienda)(co-solicitante debe cumplir con las mismas normas de elegibilidad)
- Copia del comprobante de residencia (recibo de servicios de su hogar, contrato de arrendamiento y copia del comprobante de identidad (ID))

POR FAVOR SEA CLARO EN SUS RESPUESTAS

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

GROSS ANNUAL INCOME FOR HOUSEHOLD CANNOT EXCEED:

Family Size of 2: \$39,440

Family Size of 3: \$49,720

Family Size of 4: \$60,000

Family Size of 5: \$70,280

Family Size of 6: \$80,560

Family Size of 7: \$90,840

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA**

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

 Contestar a la dirección siguiente: CHILD CARE RESOURCES
PO Box 1234
NEPTUNE NJ 07754-1234

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: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino Parentesco del SOLICITANTE con los niños: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Adulto responsable legalmente ☐ Padre de crianza ☐ Otro: _____																																																																									
2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE _____ 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: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino																																																																									
3. DIRECCIÓN DE LA CASA (número y calle) _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ Distrito escolar: _____																																																																									
4. TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____ 5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA: ____ NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA: ____ TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA : ____ <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 Indique el ingreso bruto del(la) actual:		PADRE O MADRE/COSOLICITANTE Indique el ingreso bruto del(la) actual:																																																																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 12.5%;">SEMANA</th> <th style="width: 12.5%;">2 SEMANAS</th> <th style="width: 12.5%;">MES</th> <th style="width: 12.5%;">AÑO</th> </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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO																																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 12.5%;">SEMANA</th> <th style="width: 12.5%;">2 SEMANAS</th> <th style="width: 12.5%;">MES</th> <th style="width: 12.5%;">AÑO</th> </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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </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: ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Marque uno y escriba: ☐ Tiempo completo ____ Núm. horas/sem ☐ Medio tiempo ☐ Empleo temporal ____ Núm. meses/año Nombre del centro SECUNDARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) Número de teléfono: _____ Marque uno: ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ Marque uno y escriba: ☐ Tiempo completo ____ Núm. horas/sem ☐ Medio tiempo ☐ Empleo temporal ____ Núm. meses/año		PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE																																																																						
		(_____) _____ ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ ☐ Tiempo completo ____ Núm. horas/sem ☐ Medio tiempo ☐ Empleo temporal ____ Núm. meses/año	(_____) _____ ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ ☐ Tiempo completo ____ Núm. horas/sem ☐ Medio tiempo ☐ 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.
	☐	☐	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
	☐	☐	2. ¿Está usted recibiendo en este momento/ha recibido usted asistencia para la atención infantil con una subvención de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado Infantil de Transición (TCC, siglas en inglés) a través del Programa de <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: _____.
	☐	☐	3. ¿Tiene su familia un caso abierto ante la División de Servicios a Jóvenes y Familias (DYFS, siglas en inglés) y están residiendo con usted los menores para los cuales usted está solicitando servicio? Si contestó que sí, por favor dé el nombre de la oficina: _____
	☐	☐	4. ¿Está usted recibiendo una subvención de TANF? Si contestó que sí, por favor indique el número de caso de TANF: _____
	☐	☐	5. ¿Tiene usted o un miembro de su familia un problema médico crónico para el cual se recomienda el cuidado infantil como parte del plan de tratamiento/rehabilitación? Si contestó que sí, indique el nombre de la persona/agencia que autoriza el plan de tratamiento y el número de teléfono: _____ Nombre de la agencia: _____ Núm. de teléfono: (____) _____
	☐	☐	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
	☐	☐	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
	☐	☐	8. ¿Están los niños para los que pide asistencia de cuidado infantil en un hogar de crianza de DYFS, un hogar de crianza de DYFS "para-foster" o un hogar preadoptivo de DYFS? Si usted está empleado o participa en un programa escolar o de capacitación, debe adjuntarse la prueba para efectos de DYFS.
	☐	☐	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
	☐	☐	10. ¿Está solicitando asistencia porque la oficina de la Junta de Servicios Sociales/Agencia de Bienestar del Condado (CWA/BSS) le informó que usted no es elegible para el programa de Cuidado Infantil de Transición (TCC) o Asistencia Temporal para Necesitados (TANF)?
(Marque una)			11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: ☐ Asistencia de pago con COMPROBANTES ☐ Servicios CONTRATADOS en un centro basado en la comunidad
			12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? ☐ sí ☐ no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? ☐ sí ☐ no

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

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

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

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

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

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

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

Nombre del padre/solicitante: _____
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

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

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

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

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

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

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

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

El menor tiene una necesidad ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
especial

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Si. 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 ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
especial:

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Si. 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 ☐ Si. 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 ☐ No ☐ Sí. Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____
especial:

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Si. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).

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

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

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



**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 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 (Ingresa 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: _____



En Child Care Resources estamos comprometidos a ayudar a los niños y las familias a prosperar, proporcionando asistencia financiera para familias elegibles, e informar a los padres de opciones de cuidado infantil disponibles. Así como conectarlos con los recursos en la comunidad para apoyar el desarrollo saludable de toda la familia. Por favor tome un momento y complete este breve cuestionario para que podamos ayudarle mejor y ofrecer un servicio más personalizado. (Cualquier información que comparta se mantendrá estrictamente confidencial).

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Necesidades básicas:

1. ¿Esta su hijo actualmente usando pañales? ☐ Sí ☐ No

EN CASO AFIRMATIVO:

- ¿Actualmente reciben donaciones de pañales de otras agencias? ☐ Sí ☐ No
- ¿Qué tamaño de pañales lleva su niño? _____
- ¿Desea que compartamos su información con un banco local de pañal para ver si usted es elegible a recibir donación de pañales? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Tiene problemas con los gastos de vivienda?

EN CASO AFIRMATIVO:

- Facturas de calefacción ☐ Sí ☐ No
- Las facturas de electricidad ☐ Sí ☐ No
- Vivienda/ Renta ☐ Sí ☐ No
- Otro: ☐ Sí ☐ No Si es si Explique: _____

3. ¿Sientes que eres capaz de satisfacer las necesidades nutricionales básicas para tu niño(a) o familia? ☐ Sí ☐ No

EN CASO DE NO:

- ¿Está usted familiarizado con el programa WIC (mujeres, infantes y niños)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Necesita referidos para bancos de alimentos locales o despensas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está usted familiarizado con el programa de SNAP/MCDSS o Food Stamps? ☐ Sí ☐ No

Seguro de salud y otros servicios relacionados:

1. ¿Es usted un destinatario de NJ Family Care u otros planes de salud subsidiados por el estado? ☐ Sí ☐ No

- Si no ¿desea obtener más información sobre el programa de NJ Family Care? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Esta su hijo alcanzando las etapas fundamentales del desarrollo? Gatear, caminar y hablar u otros?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

3. ¿Le gustaría que lo refiramos a una evaluación de desarrollo (ASQ-3) para identificar las retos y fortalezas de su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Usted o su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial que necesita referidos de apoyo? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Necesita referidos para servicios de salud mental? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Quieres referidos de apoyo de depresión postparto? ☐ Sí ☐ No

Otros:

1. ¿Usted está todavía teniendo problemas de (vivienda, monetario, o el estrés) relacionadas con el virus COVID-19?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Le gustaría referidos sobre aprendizaje a distancia? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el trabajo a distancia para uds? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el duelo o pérdida de algún ser querido? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Le gustaría referidos para : Ropa/Vestido: ☐ Sí ☐ No Abrigos: ☐ Sí ☐ No
Juguetes: ☐ Sí ☐ No Recursos Legales: ☐ Sí ☐ No

Si necesita más referidos de la comunidad por favor indiquen qué tipo de referidos requiere.

For Official Use Only.

Community Referrals Provided (write down number):

_____ Diaper Bank	_____ COVID-19	_____ Legal Aid Services
_____ Utility Assistance	_____ Health Insurance	_____ Early Intervention
_____ Housing/Rental Assistance	_____ Mental/Emotional Health	_____ Developmental Screening
_____ WIC	_____ Post-Partum Support	_____ Homelessness Prevention
_____ Food Bank/Pantries	_____ DCP&P Abuse/Neglect	_____ MCDSS General
_____ Clothing	_____ Disability/Special Needs	_____ SPAN
_____ Coats	_____ Advocacy	_____ SNAP - MCDSS
_____ Toys	_____ Remote Learning (kids)	_____ Remote Working
_____ School Supplies	_____ FSC	
_____ Other (please describe): _____		

WLS #: _____

Total number of referrals given: _____

Program: _____

Staff Initials: _____

Date: _____

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:

- | | |
|--|---|
| ☐ Certificado de nacimiento de los EE. UU. | ☐ Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde) |
| ☐ Certificado de ciudadanía | ☐ Formulario I-551 del USCIS (Tarjeta de residencia permanente) |
| ☐ Pasaporte de los EE. UU. o tarjeta de pasaporte | ☐ Documentos de viaje de refugiado (Formulario I-571) |
| ☐ Tarjeta del Seguro Social | ☐ 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

PLANES DE CUIDADO ANUAL

Por favor llene este plan anual de cuidado para cada uno de los niños que requieran subsidio



Nombre del Solicitante: _____

Por favor indique sus horas de trabajo/escuela que asiste cada día (ej. 9:00 am – 5:00 pm)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sábado: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique las horas que necesita cuidado para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sábado: _____

Identifique las fechas que necesitara cuidado infantil:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Centro de cuidado infantil | ☐ Head Start | ☐ Cuidado antes y/o después de la escuela |
| ☐ Proveedor de cuidado infantil familiar | ☐ Proveedor de cuidado en casa | |
| ☐ Campamento de Verano | ☐ Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

PLANES DE CUIDADO DURANTE EL VERANO



*****LLENE ESTA FORMA SOLO SI SUS NECESIDADES
DE CUIDADO CAMBIAN DURANTE EL VERANO*****

Por favor indique las horas de cuido que necesitara para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Indique las fechas que el cuiclado de verano será requerido:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Centro de cuidado infantil | ☐ Head Start | ☐ Cuidado antes y/o después de la escuela |
| ☐ Proveedor de cuidado infantil familiar | ☐ Proveedor de cuidado en casa | |
| ☐ Campamento de Verano | ☐ Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

****Por favor tome en cuenta:** Si su hijo(a) requiere cuidado en ½ días, festivos o vacaciones durante el año escolar, usted será responsable de pagar cualquier gasto adicional al costo de este tipo de cuidado. Recuerde checar **el costo total por cada uno de sus hijos**. Si el costo de su proveedor de cuidado infantil es mayor que el pago máximo permitido usted será responsable por el saldo. Este saldo se denomina cargo por exceso y debe pagarse además de su copago. Este Programa no es responsable de ninguna tarifa adicional cobrada por el proveedor de cuidado infantil, incluidas, entre otras, las tarifas de transporte y actividades.

*****For Official Use Only*****

Care Plans were Completed: ☐ In person with applicant(s) Date: _____

☐ By phone with applicant(s) Date: _____

SCM: _____ Family ID#: _____ WLS #: _____

PLANES DE CUIDADO ANUAL

Por favor llene este plan anual de cuidado para cada uno de los niños que requieran subsidio



Nombre del Solicitante: _____

Por favor indique sus horas de trabajo/escuela que asiste cada día (ej. 9:00 am – 5:00 pm)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sábado: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique las horas que necesita cuidado para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sábado: _____

Identifique las fechas que necesitara cuidado infantil:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Centro de cuidado infantil | ☐ Head Start | ☐ Cuidado antes y/o después de la escuela |
| ☐ Proveedor de cuidado infantil familiar | ☐ Proveedor de cuidado en casa | |
| ☐ Campamento de Verano | ☐ Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

PLANES DE CUIDADO DURANTE EL VERANO



*****LLENE ESTA FORMA SOLO SI SUS NECESIDADES
DE CUIDADO CAMBIAN DURANTE EL VERANO*****

Por favor indique las horas de cuido que necesitara para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Indique las fechas que el cuiclado de verano será requerido:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Centro de cuidado infantil | ☐ Head Start | ☐ Cuidado antes y/o después de la escuela |
| ☐ Proveedor de cuidado infantil familiar | ☐ Proveedor de cuidado en casa | |
| ☐ Campamento de Verano | ☐ Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

****Por favor tome en cuenta:** Si su hijo(a) requiere cuidado en ½ días, festivos o vacaciones durante el año escolar, usted será responsable de pagar cualquier gasto adicional al costo de este tipo de cuidado. Recuerde checar **el costo total por cada uno de sus hijos**. Si el costo de su proveedor de cuidado infantil es mayor que el pago máximo permitido usted será responsable por el saldo. Este saldo se denomina cargo por exceso y debe pagarse además de su copago. Este Programa no es responsable de ninguna tarifa adicional cobrada por el proveedor de cuidado infantil, incluidas, entre otras, las tarifas de transporte y actividades.

*****For Official Use Only*****

Care Plans were Completed: ☐ In person with applicant(s) Date: _____

☐ By phone with applicant(s) Date: _____

SCM: _____ Family ID#: _____ WLS #: _____

***** MEDIDAS NECESARIAS CON RESPECTO A SU SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL *****

Se adjunta la **Descalificación De los Servicios** para la Política de Padres expedido por el Estado de Nueva Jersey, División de Desarrollo Familiar. Esta política es efectiva inmediatamente. Por favor, lea cuidadosamente, firme abajo y regresar para su archivo. **Esto se debe de regresar de inmediato.**

Esta política detalla los pasos que se tomarán para suspender los servicios de cuidado infantil para los clientes por las siguientes razones: falta de uso de ECC correctamente, no reportar todas las fuentes de ingresos, la falta de informar con precisión los ingresos, la falta de notificación dentro de 10 días cualquier cambio en su casa o circunstancias que cambian la elegibilidad, etc. Violaciones de estas sanciones van desde la pérdida de los servicios de cuidado de niños de un mes a la terminación de un año.

Es Importante que nuestros clientes sepan esta política ya que estaremos aplicándola. Una vez más, por favor, lea cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nosotros.

Atentamente,

Kim Telesca
Subsidy Programs Manager
732-918-9901 ext. 111
Ktelesca@ccrnj.org

Firme abajo y volver en el sobre adjunto. Debido a su recepción

****Por favor escriba claramente****

Acuso recibo de la Política de Cuidado Infantil En cuanto a la descalificación de los Servicios de los Padres.

Nombre Imprimir Cliente: _____ **Familia ID / Caso #:** _____

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Co-Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Email: _____ **Teléfono:** _____



State of New Jersey

Department of Human Services
Division of Family Development
PO BOX 716
Trenton, NJ 08625-0716

CHRIS CHRISTIE
Gobernador

KIM GUADAGNO
Vicegobernador

JENNIFER VELEZ
Comisionada

JEANETTE PAGE-HAWKINS
Directora
TEL.: (609) 588-2000

7 de julio de 2014

**A: DIRECTORES DE RECURSOS E INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO
INFANTIL (CCR&R)
DIRECTORES DE LA AGENCIA DE BIENESTAR DEL CONDADO**

**ASUNTO: POLÍTICA DE CUIDADO INFANTIL SOBRE LA DESCALIFICACIÓN DE
LOS SERVICIOS PARA PADRES**

Instrucción de DFD N.º 14-07-01

Rescisión de: DFDI 12-10-04 y 14-06-03

**Referencias reglamentarias: N.J.A.C. 10:15-6.14; N.J.A.C. 10:15-6.15; N.J.A.C.
10:15-9; N.J.A.C. 10:15-10.4**

**Esta instrucción afectará todos los programas de cuidado infantil de la División
de Desarrollo Familiar (DFD, por sus siglas en inglés).**

PROPÓSITO

Brindar orientación y aclaraciones a las agencias de Recursos e Información sobre
Cuidado Infantil (CCR&R, por sus siglas en inglés) respecto de la descalificación de los
servicios de cuidado infantil para padres.

ANTECEDENTES

Se exige que los padres o solicitantes cumplan, en todo momento, con las políticas y
las reglamentaciones del programa de cuidado infantil subsidiado de New Jersey.

Todo tipo de violación del programa someterá a un padre o solicitante a sanciones que
pueden incluir la descalificación, la suspensión, el rechazo en el momento de la

solicitud o presentación de una nueva solicitud, la investigación penal y/o la recuperación del pago, si la CCR&R o el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés)/la DFD determinan que el padre o solicitante violó las políticas y las reglamentaciones del programa de cuidado infantil subsidiado de New Jersey.

PROCESO DE DESCALIFICACIÓN

Podrá advertirse a la División de Desarrollo Familiar (DFD) del Departamento de Servicios Humanos y/o a la CCR&R respecto de un caso de violación del programa mediante una variedad de medios, como por ejemplo una llamada telefónica, una carta, un mensaje de correo electrónico, un artículo de periódico, una emisión de noticias televisivas, conocimiento personal o a través de las bases de datos del estado usadas durante el proceso normal de determinación y redeterminación de la elegibilidad de un solicitante. Posteriormente, la CCR&R llevará a cabo una investigación para determinar si la violación del programa está comprobada. La CCR&R podrá solicitar orientación por parte de la DFD en los casos en los que se necesiten aclaraciones.

Un caso comprobado de violación del programa derivará en la suspensión o descalificación del subsidio de cuidado infantil y hará que el padre o solicitante no sea elegible para solicitar, volver a solicitar y/o recibir cuidado infantil subsidiado durante un período específico en función de la cantidad y el tipo de violaciones.

Un padre o solicitante puede apelar la decisión de suspender o finalizar el subsidio de cuidado infantil.

A continuación, se describen los pasos que se deben tomar para suspender o descalificar el subsidio de cuidado infantil de un padre o solicitante debido a diversas violaciones.

Violaciones generales del programa

Las violaciones del programa que pueden derivar en la suspensión o descalificación incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

(1) No informar en un plazo de diez (10) días calendario cualquier cambio en el tamaño o la composición familiar, los ingresos de la familia o cualquier otra **circunstancia que cambie la elegibilidad**, como por ejemplo el estado laboral, escolar o de capacitación o la obtención de ingresos que superen los requisitos de nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) específicos del programa, etc.

(2) No informar correctamente todas las fuentes de ingresos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a, no informar múltiples fuentes de ingresos (múltiples empleadores), o un aumento o disminución en la paga o el salario, pagos de pensión infantil o cuota alimenticia, compensación por desempleo, compensación al trabajador, pensión, Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), beneficios para supervivientes o cualquier otro ingreso.

(3) No informar correctamente la cantidad de los ingresos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a, no informar las cantidades correctas de ingresos provenientes de un empleo independiente, alquiler de propiedades, o cambiar o alterar la información de los comprobantes de pago.

(4) No informar correctamente la cantidad de miembros del hogar a quienes se debe tener en cuenta para determinar la composición familiar o del hogar. Un ejemplo de esto incluye, pero no se limita a, no informar que un cónyuge u otro padre o tutor vive en el hogar.

ECC: violación del programa

El incumplimiento del documento Acuerdo y Responsabilidades del Padre y el Proveedor para e-Child Care puede derivar en un aviso de advertencia, la suspensión o descalificación.

SANCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Aviso de advertencia

Tras obtener evidencia de una violación del programa de e-Child Care, la CCR&R cuenta con siete (7) días calendario para enviar una carta de advertencia (consulte documento adjunto) a los padres y ofrecerles capacitación. Se exige que la CCR&R notifique por escrito a los proveedores respecto de la advertencia a los padres. Para los casos del programa Work First New Jersey (WFNJ), también se deben enviar copias de todos los avisos a la Agencia de Bienestar del Condado (CWA, por sus siglas en inglés). El padre o solicitante tendrá hasta dos semanas (14 días) desde la fecha de la carta de advertencia para asistir a la capacitación y solucionar la medida mediante la demostración de un uso consistente de ECC. Para documentar el cumplimiento o incumplimiento, la CCR&R debe imprimir el informe de transacción correspondiente a ese período de dos semanas una vez que se haya cerrado el período de nueva lectura de la tarjeta de 14 días.

Sanciones por violaciones de ECC y el programa general

Aviso de advertencia

Tras obtener evidencia y/o recibir la notificación de una violación del programa, la CCR&R cuenta con siete (7) días calendario para enviar una carta de advertencia (consulte documento adjunto) a los padres o tutores. La CCR&R tiene la responsabilidad de tomar la medida necesaria para determinar si el padre o tutor continúa siendo elegible y si se requiere el reembolso de los fondos.

Primera violación (excepto fraude): descalificación por un (1) mes

Tras completar la descalificación por un mes, si el caso es elegible, se aplicarán las normas de redeterminación. El nivel de elegibilidad es del 250 % del nivel federal de pobreza (FPL) o inferior (350 % a 500 % del FPL para Kinship). Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la descalificación.

Segunda violación (excepto fraude): descalificación por tres (3) meses

Tras completar la descalificación por tres meses, si el caso es elegible, se aplicarán las normas de redeterminación. El nivel de elegibilidad para la redeterminación es del 250 % del FPL o inferior (350 % a 500 % del FPL para Kinship). Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la descalificación.

Tercera violación y/o fraude: suspensión por un máximo de doce (12) meses y/o descalificación permanente

Si la violación no ha derivado en la descalificación permanente, el padre podría estar sujeto a una suspensión de hasta doce (12) meses, período después del cual el padre o solicitante debe volver a presentar la solicitud y su nivel de elegibilidad será del 200 % del FPL o inferior.

Los casos de fraude o violaciones del programa que pueden estar sujetos a una suspensión de hasta doce (12) meses incluyen los siguientes:

- (1) No proporcionar la información requerida en relación con una nueva solicitud o un caso de subsidio de cuidado infantil actual, o proporcionar información falsa o distorsionada relacionada con estos, o bien realizar una tergiversación deliberada de tal información. (Esto también puede derivar en la negación de cualquier subsidio y la remisión a agencias federales, estatales o locales para acciones judiciales civiles o penales, embargo de pagas o intercepción de impuestos, así como agencias privadas de colección de reclamaciones para llevar a cabo acciones de reclamaciones que impliquen reembolso y recuperación de fondos).
- (2) Informar la asistencia de los niños como presentes cuando en realidad estos están ausentes.
- (3) Usar de manera indebida y reiteradas veces la tarjeta de ECC, lo que deriva en varias violaciones.
- (4) Violar reiteradas veces el programa general, lo que deriva en varias violaciones.

Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la suspensión de hasta doce (12) meses.

Procedimientos de apelación:

Todo padre que reciba un aviso de descalificación de CCR&R tiene el derecho de solicitar una revisión de su caso por parte de la CCR&R y/o DFD. La CCR&R debe informar al padre acerca de su derecho de solicitar una revisión. Se debe realizar una solicitud oportuna en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha del aviso de descalificación. Consulte la información adjunta sobre los derechos de apelación.

FISCAL

La CCR&R debe establecer un Acuerdo de reembolso por servicios de cuidado infantil con el padre si se descubre que se realizó un pago en exceso como consecuencia de una violación del programa o un caso de fraude. La CCR&R debe conservar una copia

del Acuerdo de reembolso por servicios de cuidado infantil en el registro de caso familiar.

La CCR&R cobrará y depositará en un banco todos los cobros de los pagos en exceso que reciba de parte del padre durante el mes. Al final del mes, la CCR&R emitirá un cheque por los cobros recibidos de los clientes durante el mes anterior. El cheque deberá emitirse pagadero a la orden de "Treasurer State of New Jersey" y enviarse por correo a Division of Family Development, Attention: Robert Hughes, Financial Reporting Unit. Asimismo, la CCR&R enviará un informe detallado junto con el cheque en el que se identificará al cliente, la cantidad y el componente contractual específico (vía de financiamiento) para el cual se aplica la devolución. Consulte la plantilla del informe que se adjunta.

CAPACITACIÓN

La DFD se reunirá de manera continua con la CCR&R y su personal del área de Políticas para garantizar que esta política sea clara y se haya comprendido.

PROMOCIÓN Y NOTIFICACIÓN

La CCR&R tiene la obligación de informar a las familias por escrito respecto de esta política. La CCR&R tiene la obligación de asegurarse de que las familias hayan recibido la notificación por escrito. Se debe colocar una verificación por escrito en el expediente del caso antes de tomar cualquier medida adversa. Los casos de WFNJ requieren una notificación por escrito y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la situación antes de tomar cualquier medida adversa.

GENERACIÓN DE INFORMES

La CCR&R supervisará y hará un seguimiento de todos los padres o solicitantes para quienes se hayan suspendido o finalizado los subsidios de cuidado infantil como consecuencia de una violación del programa y enviará informes trimestrales al especialista en cuidado infantil y a la persona designada que se encarga de los informes.

Atentamente.



Jeanette Page-Hawkins
Directora

Forma de Notificación de Cambio

En noviembre 2014, El Congreso reautorizó el bloque de subvención para el Desarrollo de Cuidado Infantil (CCDBG). Históricamente los cambios en las circunstancias familiares han impactado la elegibilidad. Cambios como; paro temporal de trabajo debido a circunstancias médicas, maternidad, pérdida de trabajo o escuela.

La ley ahora previene que ciertos cambios en las circunstancias de la familia impacten su elegibilidad.

La forma de Notificación de Cambio anexa a este documento es para que usted la retenga y la pueda usar en caso de que haya algún cambio en las circunstancias de su familia que puedan impactar su elegibilidad al programa. Los cambios que deben ser reportados incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Pérdida/terminación de empleo/entrenamiento o escuela
- Ausencia médica/Ausencia por circunstancias familiares o maternidad
- Trabajo por temporada/vacaciones escolares
- Reducción de hrs: Empleo/Escuela/Entrenamiento
- Reducción /incremento de salario
- Cambio en el número de individuos/personas en su familia

Por favor note que si tiene algún cambio que pueda afectar su elegibilidad lo debe reportar con 10 días hábiles. Esta forma le facilita reportar los cambios ya que menciona los cambios que puedan ocurrir en los 12 meses de su periodo elegibilidad. Le permite a nuestro personal determinar si su cambio está cubierto bajo esta nueva ley y podemos hacer los ajustes pertinentes a sus contratos. Si usted no reporta el cambio puede estar sujeto a el reembolso de su contrato o la terminación de servicios.

Si tiene preguntas sobre esta política o cualquier otra política por favor contacte a nuestro Gerente de ECC y reforzamiento de políticas, Abbie Pomerantz a la ext. 136 o a su Administrador de Caso.

**!!!ESTA FORMA NO TIENE QUE SER DEVUELTA CON ESTE PAQUETE,
POR FAVOR MANTENGALA PARA USO EN CASO DE ALGUN CAMBIO!!!**

ATENCIÓN: Si usted necesita una reducción en su copago por algún cambio en las circunstancias de su familia, por favor entregue esta forma a 10 días del cambio.

Fecha de hoy:

CC-198 (Rev. 3/22)

____/____/____
Mes Día Año

**New Jersey Child Care Subsidy Program
Forma de Notificación de Cambios (C)**

Instrucciones – Notifique a su Agencia de Child Care Resource and Referral (CCR&R) de cualquier cambio llenando esta forma y mandándola a la dirección siguiente:

Nombre del solicitante: _____ Dirección: _____	Por favor envíe esta forma a: Child Care Resources 3301C Rt. 66 PO BOX 1234 Neptune, NJ 07754
Nombre del co-solicitante : _____	
Núm. de Identificador familiar: _____	
El cambio ocurrió: _____/_____/_____ Mes Día Año	☐ Necesito una reevaluación de mi copago

SITUACION DE SU CAMBIO:

- ☐ Terminación of Empleo/Escuela/Entrenamiento: _____
(Nombre del empleador/ Escuela/ Lugar de entrenamiento)
- ☐ Ausencia Medica/Ausencia familiar/Maternidad:
- ☐ Trabajo por temporada/ Vacaciones de Escuela
- ☐ Reducción de horas/Escuela/Entrenamiento Nuevas horas por semana: _____ Nuevos Créditos Escolares (Total): _____
- ☐ Reducción o incremento se Salario Nuevo ingreso : _____ ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Mes ☐ Otro: _____

Recordatorio de norma– Familias con ingreso que excede el 85% de la media del Estado durante su periodo de elegibilidad no serán elegibles para la asistencia de Child Care Resources

La información en la tabla siguiente es basada en Actualización anual (FY 2022) del Departamento de Salud y servicios Humanos y en datos del FY 2022 de la Oficina del Censo del Departamento de Justicia de la media de ingreso familiar por número de integrantes por familia.

Si su tamaño de familia es:	⇒	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus ingresos no deben exceder:	⇒	\$64,023	\$78,769	\$100,042	\$119,558	\$127,973	\$136,388	\$144,803	\$153,218	\$161,633	\$170,048	\$178,463	\$186,878

Nota: si su tamaño de Familia excede 12, cada adicional = \$8,415

HOUSEHOLD SIZE CHANGE

- ☐ Nuevo Nacimiento/ Adopción ☐ Dependiente (Adulto mayor de 18) ☐ Matrimonio ☐ Divorcio/Separación ☐ Muerte ☐ Otro: _____

Cambio en el número de personas por Familia						
	Nombre	Fecha de Nac.	Sexo	Num de Seguro Social	Añadir	Remover
Niño					☐	☐
Niño					☐	☐
Co-Solicitante					☐	☐
Dependiente					☐	☐

Esta es para certificar que el tenido el cambio arriba mencionado en mi familia y deseo actualizar el estatus de mi familia como lo indica esta forma.

- Entiendo que si deseo un cambio en mi copago y una reevaluación basada en mis circunstancias debo entregar esta forma en los primeros 10 días del cambio.
- Entiendo que si tengo un cambio en mi trabajo/escuela o entrenamiento que excede 3 meses, debo inmediatamente notificar a mi Agencia de Child Care Resources arriba mencionada.
- Entiendo que el DFD o sus designados se reservan el derecho de verificar el estatus de mis cambios durante mi periodo de elegibilidad y que podría requerir presentar documentos de acuerdo con las políticas de CCR.
- Entiendo que podría enfrentar una acción adversa, que puede incluir terminación de mi caso o recuperación de pagos si falsifico la información provista en esta forma.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

AGENCY USE ONLY:

CCR&R Authorizing Signature

Date