

Departamento de Servicios Humanos • División de Desarrollo Familiar

Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey Resumen e Instrucciones para la Solicitud

Como muchas familias saben, los costos del cuidado de niños pueden ocupar gran parte del presupuesto mensual. El Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey (Child Care Assistance Program; CCAP) puede proporcionar asistencia financiera a familias elegibles de bajos ingresos que están trabajando, en capacitación o en la escuela, o una combinación de estas actividades para pagar una parte de su cuidado de niños. El CCAP es financiado por el Fondo Federal para el Cuidado y Desarrollo de Niños (Child Care and Development Fund; CCDF) y es administrado por la División de Desarrollo Familiar (Division of Family Development; DFD) del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey.

Solicitud de asistencia para el cuidado de niños

Como solicitante/cosolicitante que pide asistencia para el cuidado de niños, se le pedirá que proporcione comprobantes de ingresos, horas de capacitación/escuela y tamaño de la familia para determinar la elegibilidad. Se deben presentar todos los documentos requeridos para ser considerado para recibir asistencia.

Exigencias de elegibilidad del solicitante/cosolicitante

- Tiene que ser residente de New Jersey;
- Tiene que cumplir con los requisitos de ingresos y no tener activos por más de \$1 millón; y
- Tiene que trabajar a tiempo completo (30 horas o más a la semana), asistir a la escuela a tiempo completo (12 créditos o más), estar en capacitación laboral (al menos 20 horas a la semana) o tener una combinación equivalente a tiempo completo de estas actividades para cumplir con el requisito.

Exigencias de elegibilidad de los niños

- Menor de 13 años, o menor de 19 años, si es mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo o si está bajo supervisión protectora de la División de Protección y Permanencia de Niños (Division of Child Protection and Permanency; DCP&P) de NJ;
- Tiene que ser ciudadano de los EE. UU. o no ciudadano calificado; y
- Tiene que residir con el solicitante/cosolicitante (padre(s) o persona(s) que actúa(n) como padre(s) (in loco parentis)).

Proveedores de cuidado de niños elegibles

- Puede usar su asistencia para el cuidado de niños en cualquier centro de cuidado de niños autorizado, en un proveedor de cuidado de niños familiar registrado, en un hogar aprobado (en el hogar y en la familia, un amigo o un vecino), en un programa escolar o en un campamento juvenil de verano que esté aprobado por el estado y acepte pagos estatales.
- Los proveedores elegibles deben cumplir con todos los requisitos de la Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo de Niños (Child Care and Development Block Grant; CCDBG), incluida la realización de numerosas capacitaciones sobre salud y seguridad y las verificaciones de antecedentes penales requeridas.

Completar y enviar una solicitud

Para comenzar, primero debe completar, firmar y enviar la siguiente solicitud con todos los documentos requeridos a su agencia de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral, CCR&R). Para encontrar su CCR&R local, visite www.ChildCareNJ.gov/CCRR o llame al 1-800-332-9227.

¿Qué sucede si se aprueba mi solicitud?

Si se aprueba, su CCR&R le enviará un Acuerdo entre Padres/Solicitantes y Proveedores (Parent/Applicant and Provider Agreement, PAPA) por cada niño para quien se solicite asistencia de cuidado de niños. Debe completar este formulario y enviarlo a su CCR&R dentro de los diez (10) días calendario. Tanto el solicitante/cosolicitante como el proveedor de cuidado de niños deben firmar el PAPA y devolverlo al CCR&R antes de la fecha de vencimiento indicada. Su CCR&R no puede iniciar los pagos de asistencia para el cuidado de niños hasta que este acuerdo se firme y devuelva. La aprobación inicial de la asistencia para el cuidado de niños es por 12 meses, a menos que solicite un período de cuidado más corto. Recibirá una Solicitud de Redeterminación de su CCR&R antes de que finalice el período de elegibilidad.

Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad, la solicitud de asistencia para el cuidado de niños, información sobre licencias, una búsqueda para encontrar cuidado de niños en su zona, informes de inspección de proveedores e información sobre lo que hace que un programa sea de buena calidad, visite www.ChildCareNJ.gov o llame a la Línea de Ayuda sobre el Cuidado de Niños al 1-800-332-9227.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

GROSS ANNUAL INCOME FOR HOUSEHOLD CANNOT EXCEED:

Family Size of 2: \$42,300

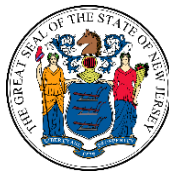
Family Size of 3: \$53,300

Family Size of 4: \$64,300

Family Size of 5: \$75,300

Family Size of 6: \$86,300

Family Size of 7: \$97,300



Departamento de Servicios Humanos • División de Desarrollo Familiar

Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey Solicitud

Envíe esta solicitud junto con toda la documentación requerida a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral agency; CCR&R):

(Consulte la documentación requerida en la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud)

Escriba o imprima con cuidado y solo con tinta azul o negra. El asterisco (*) indica un campo obligatorio. Incluir el número de Seguro Social es voluntario y no se denegará la elegibilidad por la omisión del número de Seguro Social. Los números de Seguro Social se usarán para verificar los ingresos y se mantendrán confidenciales según las leyes, las reglas y los reglamentos federales, estatales y locales aplicables relacionados con la protección de la información de identificación personal. Responda a todas las preguntas según su leal saber y entender.

Si tiene preguntas, necesita ayuda para completar la solicitud o para solicitar cualquier formulario requerido por el DFD, comuníquese con su CCR&R local. Visite www.ChildCareNJ.gov/CCRR para obtener una lista por condado o llame al 1-800-332-9227.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE

SOLICITANTE	Apellido del solicitante*:	Primer Nombre*:	Inicial del segundo nombre:
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿Es usted cabeza de familia?*: ☐ Sí ☐ No	
	Relación con el niño*:	¿Es usted hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____		
	Si el idioma principal que se habla en su hogar no es el inglés, ¿qué idioma habla?:		

COSOLICITANTE	Si corresponde, ingrese la información del cosolicitante (debe vivir en el mismo hogar)		
	Apellido del cosolicitante*:	Primer Nombre*:	Inicial del segundo nombre:
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿Es usted hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____		

TAMAÑO DE LA FAMILIA	Cantidad total de solicitantes (incluido el cosolicitante, si corresponde)*: _____
	Cantidad total de niños a cargo en la familia*: _____
	Cantidad total de adultos dependientes en la familia (sin incluir al solicitante o cosolicitante, si corresponde)*: _____
	Los niños dependientes son todos los niños menores de 18 años en el hogar. Los adultos dependientes son aquellos que no son legalmente responsables de los niños, pero que dependen del solicitante/cosolicitante. Consulte la documentación requerida en la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.

B. DIRECCIÓN

Dirección de casa*:			Apto.#:
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:	Distrito escolar*:
Número de teléfono celular:	Número de teléfono de la casa:	Correo electrónico:	
Sufro la falta de vivienda. No tengo una residencia nocturna fija, regular y adecuada: ☐ Sí ☐ No			
Si no tiene hogar, es posible que tenga más tiempo para presentar la documentación requerida. Consulte la Lista de verificación de documentación para obtener más información.			



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Está el solicitante/cosolicitante actualmente (seleccione todos las que correspondan):

- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Sirviendo a tiempo completo y en servicio activo en las fuerzas armadas?
- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Sirviendo en la Guardia Nacional o en las reservas militares?
- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Recibiendo o recibió en el pasado beneficios de WFNJ-TANF? En caso afirmativo, proporcione el ID de TANF #: _____
- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Recibiendo o recibió en el pasado beneficios de SNAP? En caso afirmativo, proporcione el ID de SNAP#: _____
- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Tiene beneficios de seguro médico?
- ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Recibiendo asistencia para la vivienda?

D. INGRESOS Adjuntar la documentación de un mes de los ingresos corrientes. Consulte la Lista de verificación de documentación para obtener orientación.

¿Los bienes de su familia superan \$1,000,000.00?: ☐ **Sí** ☐ **No**

SOLICITANTE			COSOLICITANTE		
Marque todas las fuentes de ingresos que correspondan:	Cantidad	Frecuencia	Marque todas las fuentes de ingresos que correspondan:	Cantidad	Frecuencia
☐ Sueldos/salario (de todos los empleadores)			☐ Sueldos/salario (de todos los empleadores)		
☐ Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)			☐ Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)		
☐ Pensión/jubilación			☐ Pensión/jubilación		
☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)			☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		
☐ Beneficios de Seguro Social			☐ Beneficios de Seguro Social		
☐ Desempleo/indemnización laboral			☐ Desempleo/indemnización laboral		
☐ Beneficios para veteranos/militares			☐ Beneficios para veteranos/militares		
☐ Beneficios por discapacidad			☐ Beneficios por discapacidad		
☐ Manutención de niños**:			☐ Manutención de niños**:		
☐ Pensión alimenticia**:			☐ Pensión alimenticia**:		
☐ Otro: _____			☐ Otro: _____		

**Ingrese el monto de manutención de niños y/o pensión alimenticia que recibe, independientemente de si es ordenado por la corte o no.

E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

¿El solicitante o el cosolicitante están incapacitados y no pueden trabajar?: ☐ **Sí** ☐ **No**

(En caso afirmativo, complete el formulario CC-10 de declaración de incapacidad solo para uno de los solicitantes o cosolicitantes; el formulario no puede ser utilizado por ambos.)

SOLICITANTE	¿Está trabajando?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Número de horas por semana: _____	¿Está matriculado en la escuela?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Créditos/horas de clase: _____	¿Está en un programa de entrenamiento?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Número de horas por semana: _____
	Nombre del empleador o escuela/programa de entrenamiento:		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Nombre del segundo empleador o escuela/programa de entrenamiento (si corresponde):		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Si hay más empleador(es), escuela(s), programa(s) de entrenamiento, adjunte la documentación.		

COSOLICITANTE	¿Está trabajando?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Número de horas por semana: _____	¿Está matriculado en la escuela?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Créditos/horas de clase: _____	¿Está en un programa de entrenamiento?: ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): _____ Número de horas por semana: _____
	Nombre del empleador o escuela/programa de entrenamiento:		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Nombre del segundo empleador o escuela/programa de entrenamiento (si corresponde):		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Si hay más empleador(es), escuela(s), programa(s) de entrenamiento, adjunte la documentación.		



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

F. INFORMACIÓN DEL(LOS) NIÑO(S) Incluya a cada niño que necesite asistencia de cuidado de niños. Utilice la página Información Adicional de Niño(s) si es necesario.

NIÑO #1	Apellido*:	Primer Nombre*:		Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:					
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)						
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):						
	Se necesita cuidado:	☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes
Hora de inicio:							
Hora de finalización:							

NIÑO #2	Apellido*:	Primer Nombre*:		Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:					
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)						
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):						
	Se necesita cuidado:	☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes
Hora de inicio:							
Hora de finalización:							

NIÑO #3	Apellido*:	Primer Nombre*:		Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:					
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)						
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):						
	Se necesita cuidado:	☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes
Hora de inicio:							
Hora de finalización:							

NIÑO #4	Apellido*:	Primer Nombre*:		Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:					
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)						
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):						
	Se necesita cuidado:	☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes
Hora de inicio:							
Hora de finalización:							



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

G. RECURSOS COMUNITARIOS IMPORTANTES

Para presentar una queja o informar sobre una violación de salud y seguridad, comuníquese con:

Centros de cuidado de niños
Comuníquese con el Departamento de Niños y Familias, Oficina de Licencias

njccis.com/njccis/public-complaint

1-877-667-9845

Las quejas pueden hacerse de forma anónima.

Proveedores de cuidado de niños familiar registrados y en el hogar
Comuníquese con su CCR&R

www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCRR

1-800-332-9227

Campamentos juveniles de verano
Comuníquese con el Departamento de Salud, Programa de Salud Pública y Protección Alimentaria

1-609-826-4935 ext. 27

Agencias de recursos y referencias de cuidado de niños (CCR&R)
Comuníquese con la Oficina de Cuidado de Niños

www.ChildCareNJ.gov
DFD.ChildCare@dhs.nj.gov

1-609-588-2163

Para denunciar abuso y negligencia, comuníquese con:

Todas las denuncias de abuso y negligencia de niños, incluidos los que ocurren en entornos institucionales como centros de cuidado de niños, escuelas, hogares de acogida y centros de tratamiento residenciales, deben informarse a la Línea Directa de Abuso de Niños del Registro Central del Estado. Esta es una línea directa gratuita las 24 horas, los siete días de la semana.

1-877 NJ ABUSE (652-2873) • TTY 1-800-835-5510

La División de Desarrollo Familiar (Division of Family Development; DFD) brinda liderazgo y supervisión al público y a las agencias sin fines de lucro que brindan asistencia financiera y servicios críticos de seguridad a individuos y familias en New Jersey. Junto con los servicios de [Cuidado de Niños](#), los programas dentro del DFD son [El Trabajo Primero New Jersey/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas \(Work First New Jersey/Temporary Assistance for Needy Families; WFNJ/TANF\)](#) y [WFNJ/Asistencia General \(Work First New Jersey/General Assistance; WFNJ/GA\)](#), los dos programas que conforman el programa de asistencia en efectivo del estado; [NJ SNAP](#); y [servicios de Manutención de Niños](#). Para obtener más información sobre estos programas, visite el sitio web del DFD en www.nj.gov/humanservices/dfd.

Si es sordo, tiene problemas de audición, sordera y/o discapacidad del habla, use NJ Relevé 7-1-1.

NJ 2-1-1 • www.NJ211.org • Marque 2-1-1

NJ 211 brinda asistencia en vivo las 24 horas del día, todos los días del año. Los servicios son gratuitos, confidenciales y multilingües con derivaciones a más de 7600 programas y servicios comunitarios como: alimentos, servicios públicos, vivienda asequible, asistencia para el alquiler, salud mental y física, trastornos por uso de sustancias, necesidades de personas mayores, asistencia legal, programa de navegador de parentesco (Kinship Navigator Program), transporte, servicios para discapacitados y mucho más.

NJ Ayuda • www.NJHelps.gov

NJ Ayuda (NJHelps) es una herramienta de evaluación en línea que lo ayudará a ver si es elegible para asistencia alimentaria (SNAP), asistencia en efectivo (WFNJ/TANF o WFNJ/GA) y seguro médico (NJ FamilyCare/Medicaid). Desde allí puede solicitar servicios u obtener información sobre recursos adicionales.

Conectando a Nueva Jersey • www.nj.gov/connectingnj

Conectando a NJ es un proceso de referencia a proveedores de atención obstétrica y prenatal, agencias comunitarias y familias que lo vinculan con NJ Family Care, Doulas Comunitarias (Community Doulas), programas de visitas domiciliarias y más.

Servicios de intervención temprana (NJ Early Intervention Services; NJEIS) • www.nj.gov/health/fhs/eis/for-families/ • Desde el nacimiento hasta los tres años: 1-888-653-4463 • Mayores de tres años: 1-800-322-8174

El sistema de intervención temprana de New Jersey (NJEIS), bajo la División de Servicios de Salud Familiar, para bebés y niños pequeños, desde el nacimiento hasta los tres años, con retrasos en el desarrollo o discapacidades, y sus familias. El Proyecto Child Find del sistema de intervención temprana de New Jersey ayuda a las familias de niños en edad preescolar de 3 a 5 años preocupados por el desarrollo de sus hijos.

Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC) • <https://eitc.nj.gov> • Federal: 1-800-929-1040 • Estatal: 1-888-895-8179

EITC es un beneficio de crédito tributario federal y estatal para personas y familias que ganan ingresos bajos a moderados en NJ.

Línea de ayuda familiar • 1-800-THE-KIDS (1-800-843-5437) 24 horas al día, 7 días a la semana

Si se siente estresado, llame a la línea de ayuda familiar y supere sus frustraciones antes de que ocurra una crisis. Hablará con voluntarios sensibles y capacitados de Padres Anónimos que lo escucharán con empatía sobre la crianza de los hijos y le recomendarán recursos en su comunidad.

Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) • 1-800-510-3102

El programa de asistencia de energía para el hogar ayuda a los residentes de muy bajos ingresos con sus facturas de calefacción y refrigeración, y hace provisiones para servicios de sistema de calefacción de emergencia y asistencia de combustible de emergencia dentro del programa de asistencia de energía para el hogar.

Enlace para padres de NJ (NJ Parent Link) • www.njparentlink.nj.gov • 609-633-1363

El enfoque de enlace para padres de NJ es satisfacer las necesidades de información y recursos de los futuros padres, familias con niños pequeños (desde recién nacidos hasta niños que ingresan al jardín de infantes) y profesionales interesados, comprometidos con la salud y el bienestar de los niños y las familias de New Jersey. También se encuentran disponibles recursos de crianza y apoyo para familias con niños mayores, desde edad escolar hasta adultos jóvenes.

Servicios sociales para personas sin hogar (Social Services for the Homeless; SSH) • www.nj.gov/humanservices/dfd/programs/ssh • NJ 2-1-1

Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que no son elegibles para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, Asistencia General o Ingreso de Seguridad Suplementario.



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

H. CERTIFICACIÓN *Lea cuidadosamente antes de firmar.*

Por la presente yo (nosotros) certifico (amos) que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi (nuestro) leal saber y entender. Sé que enviar información falsa sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o hacer que otros oculten información va en contra de la ley y puede someterme(nos) a sanciones penales y civiles, así como a la denegación, descalificación, terminación y/o reembolso de los servicios de cuidado de niños y asistencia de cuidado de niños. También entiendo (entendemos) que se pueden hacer auditorías o revisiones para verificar toda información proporcionada en relación con esta solicitud o cualquier asistencia de cuidado de niños proporcionada.

También yo (nosotros) entiendo (entendemos) que:

1. La aceptación de la asistencia financiera para el cuidado de niños no es para mí (nuestro) uso o gastos personales. Los fondos públicos federales y estatales, como esta asistencia para el cuidado de niños, deben y se utilizarán como pago de los costos que están directamente asociados con los servicios prestados por un proveedor de cuidado de niños.
2. Proporcionar información falsa o engañosa con el fin de obtener asistencia financiera para servicios de cuidado de niños, incluida, entre otras cosas, información sobre mi (nuestra) elegibilidad, es una violación de las reglas del programa. Por ejemplo:
 - No informar con precisión todas las fuentes de mis (nuestros) ingresos, tales como, entre otras cosas, no informar múltiples fuentes de ingresos, o un aumento o una disminución en el sueldo/salario, pagos de manutención de niños o pensión alimenticia, salarios de trabajo por cuenta propia, beneficios de desempleo o cualquier otra fuente de ingresos.
 - Cambiar o alterar la información del talón de pago o no informar con precisión el monto de mis (nuestros) ingresos. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, informar cantidades inexactas de ingresos del trabajo por cuenta propia, manutención de niños, pensión alimenticia, ingresos de un segundo trabajo o alquiler de propiedades.
 - No informar con precisión la cantidad de miembros del hogar, por ejemplo, no informar que un cónyuge u otro padre/tutor vive en el hogar.
3. Esta información se proporciona en relación con fondos públicos federales y estatales y se usará en programas informáticos de comparación para confirmar la exactitud de mis (nuestros) declaraciones y verificar mis (nuestros) ingresos, recursos y necesidad de asistencia para el cuidado de niños, según sea necesario.
4. Proporcionar los números de seguro social del solicitante/cosolicitante y de los niños es voluntario. El personal de CCR&R puede usar mis (nuestros) nombres e información de seguro social con agencias federales y estatales y otras fuentes que se consideren necesarias para el examen y la verificación oficial. Sin embargo, se requiere cierta documentación de todos los niños para quienes se solicita asistencia para el cuidado de niños. (Consulte la documentación requerida en la Lista de verificación de documentación en la Sección F al final de esta solicitud).
5. Con el fin de verificar mis (nuestros) ingresos y necesidad de servicio, es posible que un representante de CCR&R deba comunicarse con mi (nuestros) empleador(es). Por la presente, yo (nosotros) autorizo(amos) a mi(s) (nuestros) empleador(es) a divulgar información sobre mis (nuestros) ingresos, escala salarial, horas y horario de trabajo al representante de CCR&R.
6. El estado ha establecido tarifas máximas para lo que paga por la asistencia para el cuidado de niños. Estas tarifas varían según distintos factores, incluida la edad del niño y el tipo de proveedor. Esta asistencia puede cubrir el costo total de la atención, sin embargo, todos los proveedores cobran cantidades diferentes. Si su proveedor cobra más de lo que cubre el estado, entiendo que yo (nosotros) soy (somos) responsable(s) de pagar la diferencia.
7. Yo (nosotros) somos responsables de la tarifa de copago que calcula el CCR&R y se basa en el tamaño de mi (nuestra) familia, ingresos anuales, horas de cuidado necesarias y la edad de mis (nuestros) hijos durante el período de elegibilidad.
8. De haber un cambio en el uso de los servicios de cuidado de niños, el CCR&R se reserva el derecho de cambiar mi (nuestro) Acuerdo entre Padres/Solicitantes y Proveedores (Parent/Applicant and Provider Agreement, PAPA) para reflejar las horas reales de cuidado necesarias.
9. Yo (nosotros) debo(emos) notificar a la CCR&R en persona, por correo, teléfono, correo electrónico o mediante el formulario de notificación de cambio CC-198, inmediatamente o a más tardar 10 días después de que ocurra, sobre todo cambio que pueda afectar la elegibilidad para el cuidado de niños. Esto incluye dejar de necesitar atención, reubicarse fuera del condado o estado, cambiar de proveedor o tipo de atención y/o si algún ingreso cambia y se supera el 85% del ingreso medio estatal (la tabla de elegibilidad de ingresos está disponible en www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCAP).
10. La CCR&R asignada está autorizada a emitir pagos de tiempo completo a **un solo proveedor de cuidado de niños por niño** durante el período de elegibilidad especificado.

Continúa en la página siguiente



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

H. CERTIFICACIÓN CONTINUACIÓN *Lea cuidadosamente antes de firmar.*

11. La autorización de la asistencia para el cuidado de niños es por 12 meses, a menos que solicite un período de tiempo más corto.
12. El pago se emite directamente a los proveedores cada dos semanas.
13. Si se determina que es elegible, el PAPA autorizado/firmado constituye los términos completos de la asistencia para el cuidado de niños.
14. El solicitante/cosolicitante es responsable de cumplir las reglas del programa, incluido el uso del sistema de tiempo y asistencia aprobado por la DFD. Se pueden hacer auditorías o revisiones para verificar el cumplimiento de las reglas del programa, incluido el uso adecuado del sistema de tiempo y asistencia aprobado por la DFD.
15. Si mi (nuestra) solicitud de servicios de cuidado de niños es denegada por la CCR&R, o si mis servicios de cuidado de niños se ven afectados negativamente como resultado de una acción de la CCR&R, entonces yo (nosotros) tengo(emos) derecho a solicitar una revisión del caso dentro de los 10 días calendario posteriores a la denegación/acción adversa a través de la CCR&R. Si yo (nosotros) no estoy(amos) de acuerdo con la decisión de revisión del caso de la CCR&R, entonces yo (nosotros) tengo(emos) derecho a solicitar una revisión administrativa de la DFD dentro de los 90 días posteriores a la denegación/acción adversa. La solicitud oportuna de revisión administrativa debe hacerse a: Oficina de Revisión Administrativa y Apelaciones, División de Desarrollo Familiar, P.O. Box 716, Trenton, NJ 08625-0716 o llamando al 1-800-792-9773, opción núm. 6.
16. Debo guardar una copia de esta solicitud para mis registros.
17. La disponibilidad y la disponibilidad continua de toda asistencia para el cuidado de niños financiada por este programa, para la cual soy (somos) elegible(s), depende de la disponibilidad de fondos federales y estatales.
18. Yo (nosotros) he (hemos) leído esta Certificación y comprendo(emos) que el incumplimiento de los términos puede resultar en la denegación de mi (nuestra) solicitud de beneficios de asistencia para el cuidado de niños o la pérdida de estos beneficios.

Firma del solicitante*: _____ Fecha*: _____

Firma del cosolicitante: _____ Fecha: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY

APPLICATION STATUS

☐ **Complete** (all supporting documentation attached) ☐ **Incomplete**

INCOME/FAMILY SIZE

Gross Annual Household Income:	Family Size:	
Family's Total Assessed Copay:	Amount:	Frequency:

ELIGIBILITY RESULTS

☐ Approved (Eligible)	Eligibility Start Date (MM/DD/YYYY):	Eligibility End Date (MM/DD/YYYY):
☐ Pending Documentation	Date Notice Sent (MM/DD/YYYY):	Deadline to Submit (MM/DD/YYYY):
☐ Denied (Ineligible)	Reason:	

Assistance Type: ☐ **CCAP** ☐ **DOE Wrap** ☐ **Kinship** ☐ **CPS** ☐ **PACC** ☐ **WFNJ** ☐ **TCC** ☐ **CCVC** ☐ **HOML**

CCR&R INFO

CCR&R Authorizing Printed Name:

CCR&R Authorizing Signature:

Certification Date (MM/DD/YYYY):



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Información Adicional de Niño(s) *Incluya a cada niño que necesite asistencia para cuidado de niños*

Nombre del solicitante*:		Nombre del cosolicitante:							
Número de Seguro Social:		Número de Seguro Social:							
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:							
NIÑO #5	Apellido*:		Primer Nombre*:			Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:						
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino		¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No						
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____								
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)								
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)								
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):								
	Se necesita cuidado:		☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado
Hora de inicio:									
Hora de finalización:									
NIÑO #6	Apellido*:		Primer Nombre*:			Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:						
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino		¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No						
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____								
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)								
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)								
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):								
	Se necesita cuidado:		☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado
Hora de inicio:									
Hora de finalización:									
NIÑO #7	Apellido*:		Primer nombre*:			Inicial segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:						
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino		¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No						
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____								
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)								
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)								
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):								
	Se necesita cuidado:		☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado
Hora de inicio:									
Hora de finalización:									
NIÑO #8	Apellido*:		Primer Nombre*:			Inicial del segundo nombre:			
	Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:						
	Género al nacer*: ☐ Femenino ☐ Masculino		¿El niño es hispano/latino?*: ☐ Sí ☐ No						
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque todas las que correspondan*: ☐ Blanco/caucásico ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____								
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente permanente legal?*: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, adjunte con su solicitud una copia de uno de los documentos de la Sección F de la Lista de verificación de documentación al final de esta solicitud.)								
	¿El niño tiene alguna necesidad especial documentada?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)								
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si se selecciona):								
	Se necesita cuidado:		☐ Domingo	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado
Hora de inicio:									
Hora de finalización:									

PÁGINA INTENCIONALMENTE DEJADA BLANCO



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: ☐ Si ☐ 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 los 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. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el duelo o pérdida de algún ser querido? ☐ Sí ☐ No
2. ¿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	_____ FSC	_____ 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	_____ School Supplies	
_____ Other (please describe): _____		

WLS #: _____

Total number of referrals given: _____

Program: _____

Staff Initials: _____

Date: _____



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Lista de Verificación de la Documentación

A continuación se muestra una lista general de los documentos requeridos para cada sección de la solicitud del Programa de asistencia para el cuidado de niños (Child Care Assistance Program; CCAP) que se debe presentar para la consideración de elegibilidad inicial. También se pueden requerir documentos adicionales según los requisitos del programa. Si tiene preguntas, necesita ayuda para completar la solicitud o para solicitar cualquier formulario requerido por el DFD, comuníquese con su CCR&R local. Visite www.ChildCareNJ.gov/CCRR para obtener una lista por condado o llame al 1-800-332-9227.

A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE

Para **cada solicitante/cosolicitante**, presente uno de los documentos de la **Columna A**. Si no puede proporcionar los documentos de la **Columna A**, puede presentar dos documentos de la **Columna B**:

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Presente uno:

- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno
- ☐ Tarjeta de identificación militar con fotografía
- ☐ Tarjeta de identificación con foto emitida por el empleador
- ☐ Tarjeta de identificación con foto de la escuela
- ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde)

O

COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Presente dos:

- ☐ Diploma de escuela secundaria, GED o diploma universitario
- ☐ Tarjeta del Seguro de Salud o Tarjeta de Medicamentos
- ☐ Talón de pago impreso
- ☐ Acta de nacimiento (solicitante/cosolicitante o del niño)
- ☐ Tarjeta de Seguro Social

B. DIRECCIÓN

Para **cada solicitante/cosolicitante**, presente uno de los siguientes para verificar la residencia:

- ☐ Contrato de alquiler/arrendamiento actual o factura de hipoteca
- ☐ Decreto judicial (*si corresponde*)
- ☐ Registros escolares que muestren la residencia
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)
- ☐ Facturas de servicios públicos del hogar
- ☐ Documentación médica
- ☐ Registro/título del vehículo o licencia de conducir de NJ
- ☐ Formularios de impuestos presentados más recientes que muestren dependencia (*Para dependientes mayores de 18 años, debe proporcionar el formulario 1040 del IRS presentado*)

Si se encuentra sin hogar según lo definido por cualquiera de las siguientes situaciones y no puede proporcionar los documentos necesarios con su solicitud, puede tener hasta seis meses para enviar la documentación requerida. Las situaciones incluyen:

- Niños y jóvenes que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; están viviendo en moteles, hoteles o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; o están abandonados en hospitales;
- Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está diseñado, ni se usa normalmente, como alojamiento habitual para dormir por seres humanos [dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C)];
- Niños y jóvenes que están viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y
- Niños migratorios (tal como dicho término se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii) de allí.

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Para comprobar relación, se debe presentar cualquiera de los siguientes para **cualquier niño que necesite servicios de cuidado de niños**:

- ☐ Certificado de niño
- ☐ Decisión judicial (*si corresponde*)
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)

Por **cada dependiente que resida en el hogar y que tenga 18 años o menos** y esté incluido en el tamaño de la familia, pero **que no necesite servicios de cuidado de niños**, envíe uno de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Decreto judicial (*si corresponde*)
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)
- ☐ Formularios de impuestos presentados más recientemente que muestren dependencia

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

- ☐ Formularios de impuestos presentado más recientemente que muestre la dependencia (*debe proporcionar una copia del formulario 1040 del IRS presentado para dependientes mayores de 18*)
- ☐ Póliza de seguro de salud que muestre cobertura para el dependiente
- ☐ Registros de matrícula escolar



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Lista de Verificación de la Documentación

D. INGRESOS

Para **cada solicitante/cosolicitante**, envíe todo lo que corresponda para verificar ingresos (si tiene preguntas adicionales, comuníquese con su CCR&R):

INGRESOS DEL EMPLEO:

- ☐ Debe proporcionar un mes de talones de pago actuales o cheques comerciales, por ejemplo, 4 semanales, 2 quincenales, etc. *(pueden requerirse otros documentos para verificar la elegibilidad).*
- ☐ Formulario CC-188 de verificación de empleo *(el solicitante/cosolicitante puede proporcionar este formulario en lugar de talones de pago o cheques comerciales solo en circunstancias limitadas)*

SOLO EN CASO DE EMPLEO NUEVO *(si no hay talones de pago disponibles):*

- ☐ Formulario de verificación de empleo CC-188 *(el solicitante/cosolicitante deberá hacer un seguimiento con talones de pago o cheques comerciales dentro de los 3 meses siguientes)*

SOLO PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA:

- ☐ Presentar la transcripción actual de impuestos del IRS del Formulario 1040 junto con el Anexo C, "Ganancia o pérdida del negocio"

INCAPAZ DE TRABAJAR o INCAPACITADO:

- ☐ CC-10: Declaración de incapacidad Formulario

OTROS INGRESOS O BENEFICIOS A LA UNIDAD FAMILIAR:

La documentación debe mostrar la tasa y la frecuencia de los ingresos recibidos de las siguientes fuentes:

- ☐ Documentación de pensión/jubilación
- ☐ Carta de concesión del Seguro Social
- ☐ Documentación de compensación laboral/de desempleo
- ☐ Pensión alimenticia/manutención conyugal
- ☐ Beneficios para veteranos/militares
- ☐ Beneficios por discapacidad
- ☐ Manutención de los hijos *(mínimo 6 meses de historial de pago/desembolso)*
- ☐ Cualquier otro ingreso requerido para fines de declaración de impuestos federales/estatales

E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

Para **cada solicitante/cosolicitante**, presente uno de los siguientes:

- ☐ **TRABAJO:** Consulte la Sección D, "Ingresos del empleo" para ver los documentos aceptables para verificar las horas de trabajo
- ☐ **ESCUELA:** Inscripción en el curso o certificado analítico de la escuela *(pueden requerirse otros documentos para verificar la elegibilidad)*
- ☐ **PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO:** Inscripción en el programa o certificado analítico del programa de capacitación *(pueden requerirse otros documentos para verificar la elegibilidad)*

F. INFORMACIÓN DEL (LOS) NIÑO(S) *(solo para el estatus de ciudadanía de niños)*

Para **cualquier niño que necesite cuidado**, presente uno de los siguientes:

- ☐ Certificado de nacimiento de los EE. UU.
- ☐ Certificado de ciudadanía
- ☐ Pasaporte o tarjeta de pasaporte de los EE. UU.
- ☐ Tarjeta del Seguro Social
- ☐ Tarjeta de Residente Permanente (tarjeta Verde) (Formulario I-551 USCIS)
- ☐ Documento de viaje para refugiados (Formulario I-571)
- ☐ Versión electrónica del Formulario I-94 de Aduanas y Protección Fronteriza de los EE. UU. *(disponible en la aplicación CBP One Mobile o <https://i94.cbp.dhs.gov/i94#home>)*