SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Dirección Responder
Referencia ubicado e
encontrarse en: www.

gencia de

The Children's Home Society OF NEW JERSEY
1433 Hooper Avenue, Suite 340
Toms River, NJ 08753

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)*

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

Parentesco del SOLICITANTE con los niños: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Adulto responsable legalmente ☐ Padre de crianza ☐ Otro: _____

2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE *(Si aplica)* _____ _____ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** ___/___/___

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

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

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 :** ____

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.

B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA

ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES

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.

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.

	PADRE O MADRE/SOLICITANTE *Indique el ingreso bruto del(la) actual:*				**PADRE O MADRE/COSOLICITANTE** *Indique el ingreso bruto del(la) actual:*			
	SEMANA	**2 SEMANAS**	**MES**	**AÑO**	**SEMANA**	**2 SEMANAS**	**MES**	**AÑO**
1. Sueldo y salario (bruto)								
2. Pensiones, jubilaciones								
3. Beneficios de seguro social/suplementaria								
4. Compensación laboral/desempleo								
5. Asistencia en efectivo TANF								
6.Pensión infantil/alimenticia								
7. Otro: _____								
8. INGRESO BRUTO TOTAL								

C INFORMACIÓN DE TRABAJO/ ESCUELA/CAPACITACIÓN

DEBE ANEXARSE PRUEBA DE MATRÍCULA VIGENTE EN LA ESCUELA

	PADRE/SOLICITANTE	**PADRE/COSOLICITANTE**
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	☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación
Escriba la fecha de inicio *(Mes/Día/Año)*:	Fecha de inicio: ___ ___/___ ___/___ ___	Fecha de inicio: ___ ___/___ ___/___ ___
Marque uno y escriba:	☐ Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	☐ Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año	☐ Medio tiempo	☐ Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación	☐ Empleo temporal _____ Núm. meses/año	☐ 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	☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación
Escriba la fecha de inicio *(Mes/Día/Año)*:	Fecha de inicio: ___ ___/___ ___/___ ___	Fecha de inicio: ___ ___/___ ___/___ ___
Marque uno y escriba:	☐ Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	☐ Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año	☐ Medio tiempo	☐ Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación	☐ Empleo temporal _____ Núm.meses/año	☐ Empleo temporal _____ Núm.meses/año

No se aceptarán solicitudes incompletas*

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 *Work First New Jersey* (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 medico? ☐ si ☐ no

Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? ☐ si ☐ 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:
The Children's Home Society OF NEW JERSEY
1433 Hooper Avenue, Suite 340
Toms River, NJ 08753

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ 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: _____ Código: _____ Componente: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): $_____ Semanal _____ Mensua_____. Fecha de inscripción: ___/___/___

7 **NONMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7** _____ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

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

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

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

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

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

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

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ 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: ___/___/___

F

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 requiren 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 (Ingrese la cant. y Marque uno): $_____ ☐ SEMANA ☐ MES

Marque una: ☐ NEGADO ☐ APROBADO ☐ PENDIENTE

Certificación por parte de un Miembro del Personal:

_____ Fecha: _____

Nota: _____

Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: _____

ESTADO DE NEW JERSEY
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE NEW JERSEY
DIVISIÓN DE DESARROLLO FAMILIAR

PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Anexo a la solicitud

Todas las familias que reciben un subsidio mediante el Programa de Subsidios para el Cuidado Infantil de NJ deben proporcionar la información siguiente:

¿Los activos de su familia tienen un valor superior a $1,000,000? ☐ No ☐ Sí
Nota: Los activos pueden incluir, entre otros, cuentas bancarias personales, cuentas de negocio, bienes inmuebles y propiedad personal.

Si el idioma primario que se habla en su hogar **no** es el inglés, por favor especifique cuál es ese idioma: _____

El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo	☐ No	☐ Sí
Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar	☐ No	☐ Sí
Trabaja por cuenta propia	☐ No	☐ Sí

¿Hay un(a) co-solicitante? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo	☐ No	☐ Sí
Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar	☐ No	☐ Sí
Trabaja por cuenta propia	☐ No	☐ Sí

¿Es usted una persona sin hogar con base en uno o más de los siguientes? ☐ No ☐ Sí

- Vive en un refugio de emergencia o transición.
- Está quedándose en un motel, hotel, parque de casas móviles o campamento o comparte la vivienda con otras personas debido a que: perdió su vivienda, está pasando por dificultades económicas o una razón similar.
- Vive en un vehículo, estación de autobuses/trenes, parque, edificio abandonado.
- Vive o duerme en algún lugar público o privado que normalmente no se usa como residencia o alojamiento para dormir regular.
- Vive en una vivienda que no reúne las condiciones de habitabilidad (es decir, no tiene electricidad, agua corriente, etc.).

Por la presente certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. También reconozco que presentar información falsa o engañosa, omitir información intencionalmente o intencionalmente hacer que otros omitan o dejen de proporcionar información es motivo de que se me deniegue o se me dé de baja del programa de cuidado infantil y que puedo quedar sujeto(a) a todos los remedios legales y en equidad.

Nombre del solicitante	Firma del (la) solicitante	Fecha de hoy
Nombre del co-solicitante	Firma del (la) co-solicitante	Fecha de hoy

DISCRIMINACIÓN

Este programa prohíbe la discriminación al determinar la elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil.
Si considera que en el Programa de Subsidios para el Cuidado Infantil de New Jersey se le ha discriminado debido a su raza, color, incapacidad, religión o nacionalidad o por otra razón, puede comunicarse con: Office of the Director, Division of Family Development, N.J. Department of Human Services, P.O. Box 716, Trenton, New Jersey 08625

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 medica mostrando cobertura para el depende
- ☐ 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.
- ☐ Certificado de ciudadanía
- ☐ Pasaporte de los EE. UU. o tarjeta de pasaporte
- ☐ Tarjeta del Seguro Social
- ☐ Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde)
- ☐ Formulario I-551 del USCIS (Tarjeta de residencia permanente)
- ☐ Documentos de viaje de refugiado (Formulario I-571)
- ☐ 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/fechada). 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/fechada) que indique el nombre del programa, las fechas de inicio y de finalización y el cronograma semanal

Solicitud de Elegibilidad para Servicios de Cuidado Infantil y Educación Temprana

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Instrucciones para que el Solicitante Complete el Formulario de Elegibilidad de Servicios de Cuidado Infantil

Las instrucciones siguientes van ligadas con las distintas secciones de este formulario. Por favor léalas con detenimiento

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN A:

1. Escriba su nombre completo (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre), número de seguro social y fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque una ó más de la(s) casilla(s) correspondiente(s) proporcionada(s) para indicar su raza. Marque la casilla correspondiente para indicar su etnicidad y sexo. Marque la casilla correspondiente para indicar el parentesco del padre/solicitante con el(los) menor(es) para el(los) cual(es) se está llenando la solicitud de asistencia. Si usted no es un pariente inmediato (padre/madre), sírvase indicar si usted representa otro adulto responsable, padre de crianza u otro. Si la respuesta es "otro", por favor especifique.

2. Si aplica al caso (reside en el hogar), escriba el nombre completo de su cónyuge o cosolicitante, el número de seguro social y la fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque las casillas apropiadas proporcionadas para indicar la raza, etnicidad y sexo del cosolicitante/cónyuge.

3. Escriba la dirección de su hogar y el condado donde usted reside. Escriba el distrito escolar en el que está(n) su(s) hijo(s).

4. Escriba el número de teléfono de su casa.

5. Escriba el "tamaño de la familia", lo cual quiere decir el número de adultos (personas de 18 años de edad en adelante que tienen responsabilidad legal por los menores), así como adultos dependientes (personas de 18 años de edad o mayores) que forman parte de la unidad familiar inmediata y el número de menores dependientes (personas menores de 18 años).

Ejemplos: En una familia donde hay sólo un padre con dos menores, escriba: "Núm de adultos: 1; Núm de menores: 2".

En una familia donde hay dos padres con un dependiente adulto (abuelo) y dos menores indique: "Núm de adultos: 3; Núm de menores: 2"

Nota: Si usted es padre/madre soltero/a, y si usted y su(s) hijo(s) vive(n) con su Madre y padre, **NO** incluya a los abuelos en el tamaño de la familia.

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN B:

Proporcione información de ingreso basada en el año actual. Llene todos los espacios en blanco. Indique las cantidades brutas a menos que se pida lo contrario. Si no recibe nada en una categoría específica, escriba "0".

Para cada adulto (solicitante, cosolicitante u otro adulto independiente) que reside en la unidad del hogar, indique toda la información actual de ingresos. Se proporcionan columnas para escribir la información de ingreso ya sea por semana, cada dos semanas, mes o año. Para padres separados o divorciados, incluya únicamente ese ingreso (tal como pensión infantil o alimenticia) que está disponible a la familia con la custodia.

1. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de pensiones y jubilación.

2. Indique todo el ingreso de beneficio recibido del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

3. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la compensación de trabajadores y por desempleo.

4. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la asistencia social (TANF).

5. Indique todo el ingreso recibido para la pensión infantil o alimenticia por parte de un padre ausente.

6. Incluya cualquier otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.

7. Incluya cualquier otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.

8. Indique el total anual de todas las fuentes de ingreso.

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN C

Proporcione información actual de actividad de trabajo, escuela y(o) capacitación para el solicitante y el cosolicitante (si aplica al caso).

1. Escriba el nombre, dirección completa y número de teléfono del sitio de Trabajo/Escuela/Capacitación Primario.

2. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad es de trabajo, escuela o capacitación.

3. Escriba su fecha de inicio (mes/día/año)

4. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad de Trabajo/Escuela/Capacitación es a tiempo completo, tiempo parcial o de temporada. Escriba el número de horas por semana y meses por año que pasa en ese centro.

5. Incluya la información de su actividad Secundaria de trabajo/Escuela/Capacitación (si aplica al caso).

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN D:

Preguntas 1-9: Marque la casilla correspondiente (ya sea "Sí" o "No") en cada pregunta. Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas 2 - 5, proporcione la información solicitada.

Pregunta 10. Marque la casilla correspondiente para indicar si está solicitando asistencia porque usted no es elegible para TANF o para los Programas TCC.

Pregunta 11. Indique si usted entiende que está solicitando comprobantes o los servicios de cuidado infantil contratados.

Pregunta 12. Indique si todos los menores en su familia tienen seguro médico y si usted desea recibir una solicitud para NJ Family Care.

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

Escriba el nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre), número de seguro social y fecha de nacimiento (mes/día/año) para cada menor para el cual se solicita asistencia. Marque las casillas correspondientes que se proporcionan para indicar la raza, etnicidad y sexo de(los) menor(es). Indique las horas, días y duración por la cual se necesita atención infantil. Marque la casilla correspondiente para indicar si el(los) menor(es) tiene(n) una necesidad especial. De ser así, indique cuál es la necesidad. Escriba el nombre del centro o persona que brinda cuidados si el(los) menor(es) en este momento está(n) inscrito(s).

►INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN F:

Después de leer y entender la certificación, el solicitante y cosolicitante (si aplica al caso) firman en la línea correspondiente y escriben la fecha.

The Children's Home Society OF NEW JERSEY®

CWLA Member Agency CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA

Ocean County Services

...saving children's lives and building healthy families since 1894.

1433 HOOPER AVENUE, SUITE 340 / TOMS RIVER, NJ 08753 / PHONE: 732-557-9633 / FAX: 732-557-0588 / WWW.CHSOFNJ.ORG

VERIFICATION OF EMPLOYMENT

Applicant/Co-Applicant Name: _____

In order to determine the eligibility for child care services for the above applicant, please assist by answering the following questions.

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER

EMPLOYMENT

Name of Company/Employer: _____

Address: _____

Phone: _____ Email Address: _____

Presently Employed Yes☐ No☐ Number of Work Hours per Week: _____

Date Employment Started: _____ Number of Months Worked Annually: _____

Date Employment Ended: _____ If Seasonal - Start Date: _____ End Date: _____

Receives Paid Time Off (i.e. vacation/sick/snow days): ☐Yes ☐No Receives: W2: _____ 1099: _____

Employee Paid: ☐Daily/Per Diem ☐Weekly ☐Bi-Weekly ☐Bi- Monthly ☐ Monthly

Rate of Pay $_____ per _____ or Annual Salary $_____
Hour/Diem/Daily/Bi-weekly/Bi-Monthly/Monthly

Commissions, bonuses, other $_____

(Check one) ☐ Daily ☐Weekly ☐Bi-Weekly ☐Bi-Monthly ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐Yearly

The above information was provided by:

_____ _____

Signature Print Name and Title of Individual Completing the Form

_____

Date

I understand that a failure to provide or a deliberate misrepresentation of required information will result in the denial of my application or termination of my child care benefits.

I understand that in order to verify my employment, income and service need, an agency representative will contact my employer. I hereby authorize my employer to release information regarding my income, pay scale, employment hours and schedule of work to the agency to which I am applying.

Applicant/Co-Applicant Signature: _____ Date: _____

The Children's Home Society
OF NEW JERSEY®
Ocean County Services

1433 Hooper Avenue, Suite 340 ♥ Toms River, New Jersey 08753 ♥ Phone: 732-557-9633 ♥ Fax: 732-557-0588 ♥ www.chsofnj.org

Verification of Self-Employment

Self-employment must be verified by submitting the following documentation:

Applicants/Co-applicants **are required** to submit their current IRS Income Tax Return Transcript as confirmed by the Internal Revenue Service (IRS) and IRS Form 1040 Schedule C, Profit or Loss from Business to determine if the self-employment activity is acceptable.

You can request a free IRS Income Tax Return Transcript from the Internal Revenue Service (IRS) in one of the following ways:

1. Online Request (preferred and the quickest method): Available on the IRS website at: https://www.irs.gov/individuals/get-transcript.

2. Telephone Request: Available from the IRS by calling 1-800-908-9946

3. Paper Request by Mail (submit Form 4506-T "Request of Transcript of Tax Return"). Download the form at: https://www.irs.gov/uac/about-form-4506t.

There are extreme variations between the gross and the net income for different business structures and types of services provided, the IRS FORM 1040 Schedule C, Profit or Loss from Business will be the ONLY form accepted for eligibility consideration.

If you no longer have your own business, please submit an original letter stating: the name of your business and the start and end dates. This letter must be notarized.

CHILD SUPPORT PRINTOUT DIRECTIONS

THE NJ CHILD SUPPORT WEBSITE:
http//:www.njchildsupport.org

THE STATE OF NJ REQUIRES THE FOLLOWING FOR FAMILIES WHO RECEIVE CHILD SUPPORT PAYMENTS:

- A PRINTOUT FROM THE **OBLIGATIONS SCREEN**.
- AFTER ENTERING njchildsupport.org.
    1. SELECT **VIEW YOUR CASE**.
    2. ENTER YOUR MEMBER I.D. AND PIN.
    3. SELECT YOUR CASE.
    4. THE **OBLIGATIONS SCREEN** IS THE FIRST SCREEN YOU WILL SEE AFTER SELECTING YOUR CASE.
    5. CLICK ON THE "PRINT" ICON TO PRINT WHAT IS NEEDED
- ON THE SAME PAGE, GO TO "**DISBURSEMENT TO CP.**"THIS IS FOUND IN THE BLUE "**DETAIL SECTIONS**" BOX, ON THE LEFT SIDE OF THE PAGE. IT IS THE, 7TH ITEM DOWN.
- PRINT YOUR PAYMENT HISTORY
- A PRINTOUT FOR EACH CHILD SUPPORT CASE IS **REQUIRED**, WHETHER OR NOT YOU RECEIVE PAYMENTS

IF YOU HAVE A CASE AND DO NOT SUPPLY A PAYMENT HISTORY PRINTOUT, **YOUR APPLICATION/REDETERMINATION WILL NOT BE COMPLETE. YOUR NEW JERSEY CARES FOR KIDS APPLICATION/REDETERMINATION WILL NOT BE PROCESSED WITHOUT THIS VERIFICATION.**

IF YOU DO NOT HAVE ACCESS TO A COMPUTER/PRINTER, YOU CAN VISIT OUR OFFICE TO PRINT THE PAYMENT HISTORY FOR YOUR CASE(S).

Grow NJ Kids es el programa de New Jersey para mejorar la calidad del cuidado infantil y el aprendizaje temprano en todo el estado. Ofrece a los proveedores de cuidado infantil y aprendizaje temprano acceso a capacitaciones, oportunidades de desarrollo profesional, subvenciones para equipos y materiales, y becas de educación continua para el personal. Evaluadores profesionales visitan los programas para controlar las normas de calidad y, luego, les asignan calificaciones (de hasta cinco estrellas) si cumplen una extensa lista de parámetros de calidad. Visite el sitio web GrowNJKids.com para encontrar el proveedor participante más cercano.

Programas de servicio social con componentes de cuidado infantil

Existen algunos programas de servicio social que incluyen servicios de cuidado infantil. Para recibir cuidado infantil por medio de alguno de los programas o servicios detallados a continuación, debe participar en él.

- Child Protective Services (CPS, Servicios de Protección al Niño)
- Cuidado Infantil por Parte de Familiares
- Programa de bienestar social Work First New Jersey (WFNJ)
- Cuidado Infantil Transitorio (para exbeneficiarios del programa WFNJ)
- Cuidado Infantil Posterior a la Adopción

Si participa en uno de estos programas y necesita servicios de cuidado infantil, comuníquese con su agencia de CCR&R.

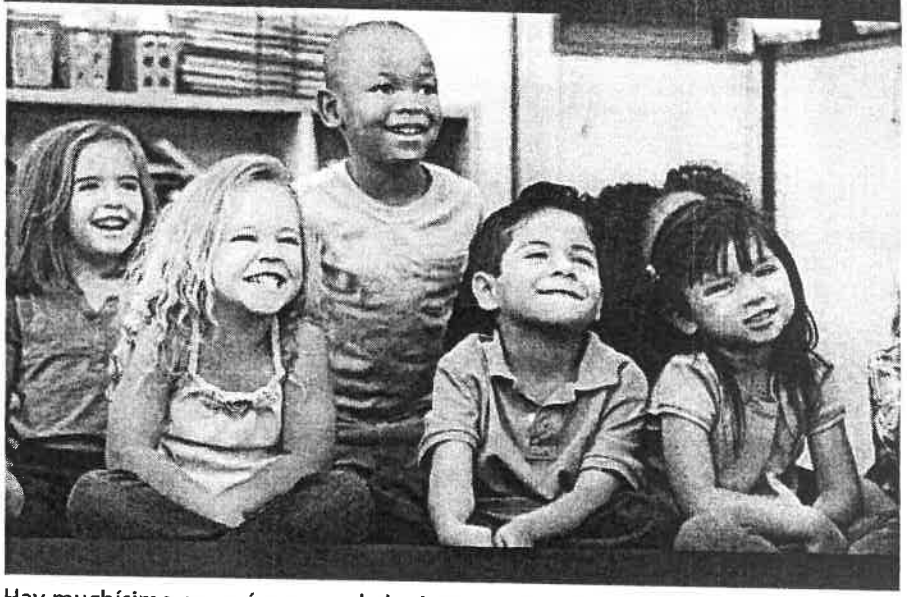
Información importante y recursos comunitarios

La DFD del DHS de New Jersey trabaja en asociación con proveedores de servicios y otras agencias estatales y municipales de todo el estado para ayudar a que las familias tengan acceso a programas y servicios de calidad que satisfagan sus necesidades. Si desea obtener más información, visite los siguientes sitios web: *www.ChildCareNJ.com* o *www.NJ.gov/humanservices*.

The Children's Home Society of NJ
1433 Hooper Ave, Suite 340
Toms River, NJ 08753
732-557-9633
www.chsofnj.org

Departamento de Servicios Humanos de NJ
Producido por la NJ DHS - Oficina de Publicaciones (08/17)

Cómo solicitar un subsidio para el cuidado infantil de New Jersey



Hay muchísimo en qué pensar al elegir un servicio de cuidado infantil. Encontrar un equilibrio entre la ubicación, el costo, la calidad y la confianza en el proveedor puede hacer que resulte difícil tomar esta decisión tan importante. El programa de cuidado infantil de New Jersey, a cargo de la División de Desarrollo Familiar (DFD, Division of Family Development) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) de New Jersey, puede brindarle información valiosa que lo ayudará a realizar esa elección. El programa de cuidado infantil del estado puede ofrecerle información sobre cómo solicitar asistencia para el cuidado infantil, dónde encontrar proveedores y cómo debe ser un programa para que sea de calidad, así como información sobre permisos y reclamos.

Como muchas familias saben, los costos del cuidado infantil pueden representar una gran parte del presupuesto mensual. El programa de subsidio para el cuidado infantil puede ayudar a las familias de más bajos ingresos cuyos miembros trabajan, se capacitan o estudian, o bien, realizan una combinación de estas actividades, con el pago de una parte del cuidado infantil.

Si está por solicitar un subsidio para el cuidado infantil o está pensando en hacerlo, esto es lo que debe saber.

Cómo solicitar un subsidio para el cuidado infantil

Como solicitante o padre que desea obtener un subsidio para el cuidado infantil, se le pedirá que proporcione comprobantes de sus ingresos e indique su horario de capacitación o estudio y el tamaño de su hogar a fin de determinar la elegibilidad. Todos los documentos solicitados deben presentarse para que se evalúe si reúne los requisitos para obtener el subsidio.

Requisitos de elegibilidad para solicitantes o padres

- Deben ser residentes de New Jersey.
- Deben cumplir los requisitos de ingresos y no tener bienes cuyo valor supere $1 millón.
- Deben tener un empleo de tiempo completo (30 horas o más), ser estudiantes de tiempo completo (12 créditos o más) o realizar una capacitación laboral (al menos 20 horas por semana).
- Dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos, puede tener que contribuir al costo de la atención (co-pago).

Requisitos de elegibilidad para los niños

- Deben tener hasta 13 años de edad, o bien, hasta 19 años si están bajo la supervisión de protección de la División de Protección y Permanencia de Niños de New Jersey (NJ Division of Child Protection and Permanency) o si son física o mentalmente incapaces de cuidarse a sí mismos.
- Deben ser ciudadanos estadounidenses o inmigrantes calificados.
- Deben residir con los padres o las personas que asumen ese rol (in loco parentis).

Requisitos de elegibilidad para los proveedores

- Los proveedores deben ser proveedores de cuidado infantil autorizados, proveedores de cuidado infantil familiar registrados u hogares o campamentos de verano autorizados por el estado.
- Todos los proveedores deben realizar numerosas capacitaciones de salud y seguridad y las verificaciones de antecedentes penales requeridas.

Cómo completar y presentar una solicitud

Para comenzar, primero debe completar y firmar una solicitud y enviarla junto con los documentos requeridos a la agencia de Recursos e Información sobre el Cuidado Infantil (CCR&R, Child Care Resource and Referral) de su condado.

Para conocer la lista completa de los documentos requeridos, póngase en contacto con una agencia de CCR&R o visite el siguiente sitio web: *www.ChildCareNJ.com*

La agencia de CCR&R revisará las solicitudes dentro de los 10 días hábiles posteriores a su recepción y se tomará una decisión final de elegibilidad en un plazo de 45 días calendario. Recibirá una carta de la agencia de CCR&R para informarle si es elegible, si no reúne los requisitos o si debe proporcionar más información.

Puede obtener una solicitud poniéndose en contacto personalmente o por otro medio con la agencia de CCR&R local. También puede imprimirla desde el sitio web *www.ChildCareNJ.com*.

Pago

Before payment can start, you must first be approved and sign the Parent/Applicant and Provider Agreement (PAPA) and e-Child Care agreement (ECC).

Copago a cargo del padre y honorarios adicionales del proveedor

Las familias elegibles para recibir un subsidio deben compartir el costo del cuidado infantil, que se conoce como copago. El copago se calcula sobre la base del tamaño de su familia, el ingreso anual bruto, las horas de cuidado necesarias y la cantidad de niños que reciben el servicio. Se pagan copagos por los dos primeros niños únicamente. No se cobra ningún copago por los demás niños.

Selección de un programa de cuidado infantil

Una vez que se ha determinado que su familia es elegible para recibir asistencia para el cuidado infantil, debe elegir un proveedor. Para que el proceso avance con rapidez, se recomienda que elija un proveedor de calidad que reúna los requisitos antes de solicitar la autorización. Esto significa que el proveedor debe estar registrado o contar con el permiso o la autorización correspondientes del estado.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado infantil, la agencia de CCR&R puede proporcionarle una lista de proveedores que satisfacen las necesidades de su familia. Para conocer una lista de agencias de CCR&R, visite el sitio web *www.ChildCareNJ.com* o comuníquese con la línea directa de cuidado infantil de New Jersey al 1-800-332-9227.

Cómo encontrar proveedores de cuidado infantil de calidad

Busque un programa que participe en Grow NJ Kids.

Las investigaciones demuestran que los niños que participan en programas de cuidado infantil y aprendizaje temprano de calidad cuando son pequeños están mejor preparados para el jardín de infantes con una mejor competencia lectora, habilidades matemáticas más desarrolladas y vocabularios más amplios.