



## 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 una gran parte del presupuesto mensual. El Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey (Child Care Assistance Program; CCAP) está financiado por el Fondo federal para el Desarrollo y Cuidado de Niños (Child Care and Development Fund; CCDF) y brinda asistencia financiera para el cuidado de niños en nombre de las familias elegibles. CCAP puede ayudar a las familias 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.

#### Solicitud de asistencia para el cuidado de niños

Como solicitante/cosolicitante que busca asistencia para el cuidado de niños, se le solicitará que proporcione prueba de ingresos, horas de capacitación/escolares y tamaño de la familia para ayudar a determinar la elegibilidad. Todos los documentos requeridos deben ser presentados para ser considerados para recibir asistencia.

#### Requisitos de elegibilidad del solicitante/cosolicitante

- Debe ser residente de New Jersey;
- Debe cumplir con los requisitos de ingresos y no tener bienes que excedan \$1 millón; y
- Debe estar trabajando a tiempo completo (30 horas o más a la semana), asistiendo a la escuela a tiempo completo (12 créditos o más), 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.

#### Requisitos de elegibilidad del niño(s)

- Hasta la edad de 13 años, o menos de 19 años, si está bajo la supervisión protectora de la División de Protección y Permanencia de Niños de NJ (Division of Child Protection and Permanency; DCP&P) o es mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo;
- Debe ser ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado; y
- Debe residir con el solicitante/cosolicitante (padre(s) o individuo(s) actuando como padre(s) (in loco parentis)).

#### Proveedores de cuidado de niños elegibles

- Puede usar su asistencia de cuidado de niños en cualquier centro de cuidado de niños autorizado, un proveedor de cuidado de niños familiar registrado, un hogar aprobado (en el hogar y la familia, un amigo o vecino), un programa escolar o 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 Bloque para el Desarrollo y Cuidado de Niños (Child Care and Development Block Grant; CCDBG), incluida la realización de numerosas capacitaciones de 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 agency; CCR&R). Para encontrar su CCR&R local, visite [www.ChildCareNJ.gov/CCRR](http://www.ChildCareNJ.gov/CCRR) o llame al 1-800-332-9227.

#### ¿Qué sucede después si se aprueba mi solicitud?

Si se aprueba, su CCR&R le enviará un Acuerdo de Padre/Solicitante y Proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) para cada niño para el que se solicita asistencia de cuidado de niños. Debe completar este formulario y devolverlo a su CCR&R dentro de 10 días calendario. El PAPA debe ser firmado por el solicitante/cosolicitante y el proveedor de cuidado de niños y debe devolverse a su 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 sea firmado y devuelto. La aprobación inicial de asistencia para el cuidado de niños (su período de elegibilidad) 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 su período de elegibilidad.

Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad, solicitar asistencia para el cuidado de niños, información sobre licencias, una búsqueda para encontrar cuidado de niños en su área, informes de inspección de proveedores e información sobre lo que hace que un programa sea de calidad, visite [www.ChildCareNJ.gov](http://www.ChildCareNJ.gov) o llame a la línea de ayuda de cuidado de niños al 1-800-332-9227.



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 cualquier documentación requerida a su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral agency; CCR&R):

(Consulte la lista de verificación de documentación al final de esta solicitud para obtener la documentación requerida)



Escriba a máquina o en letra de imprenta con claridad usando tinta azul o negra únicamente. El asterisco (\*) indica un campo obligatorio. El Número de Seguro Social es opcional para el solicitante/cosolicitante. Responda a todas las preguntas lo mejor posible.

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

**A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE**

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

<b>COSOLICITANTE</b>	Si corresponde, ingrese la información del cosolicitante (debe vivir en el mismo hogar)			
	Apellido del cosolicitante*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:	
	Número de Seguro Social:        -        -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:        /        /		
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿Es usted cabeza de familia?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>		
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____			

<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA</b>	Número total de solicitantes (incluido el cosolicitante, si corresponde)*: _____
	Número total de hijos dependientes en la familia*: _____
	Número total de adultos dependientes en la familia*: _____
	Los hijos 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. La dependencia debe verificarse a través del formulario de impuestos sobre la renta más reciente de la familia.

**B. DIRECCIÓN**

Dirección de casa*:	Apto.#:
Ciudad*:	Estado*:
Código postal*:	
Distrito escolar*:	Correo electrónico:
Número celular:	Número de teléfono de casa:
Estoy experimentando falta de vivienda. Carezco de residencia nocturna fija, regular y adecuada: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Si no tiene vivienda, se le puede dar 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** ¿Sirve 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** ¿Actualmente tiene beneficios de seguro médico?

## D. INGRESOS

Adjuntar documentación de un mes de ingresos actuales. Consulte la lista de verificación de documentación para obtener orientación.

¿Los bienes de su familia superan los \$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
<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (de todos los empleadores)			<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (de todos los empleadores)		
<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)			<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)		
<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación			<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación		
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)			<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social			<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Indemnización desempleo/laboral			<input type="checkbox"/> Indemnización desempleo/laboral		
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos/militares			<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos/militares		
<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad			<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad		
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos**:			<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos**:		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia**:			<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia**:		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Otro: _____		

\*\*Escriba la cantidad de manutención de hijos y/o pensión alimenticia que recibe, independientemente de que sea por orden judicial o no.

## E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

¿El solicitante está incapacitado y no puede trabajar?  **Sí**  **No** (En caso afirmativo, deberá completar el formulario CC-10 de Declaración de incapacidad)

<b>SOLICITANTE</b>	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Completo</b> Horas por semana: _____ <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Parcial</b> Horas por semana: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Créditos/horas de clase: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Horas por semana: _____
	Nombre del empleador o escuela/lugar de capacitación:		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Nombre del segundo empleador o escuela/lugar de capacitación (si corresponde):		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Si hay otro(s) empleador(es), escuela(s), lugar(es) de capacitación, adjunte la documentación.		

¿El cosolicitante está incapacitado y no puede trabajar?:  **Sí**  **No** (En caso afirmativo, deberá completar el formulario CC-10 de Declaración de incapacidad)

<b>COSOLICITANTE</b>	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Completo</b> Horas por semana: _____ <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Parcial</b> Horas por semana: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Créditos/horas de clase: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Horas por semana: _____
	Nombre del empleador o escuela/lugar de capacitación:		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Nombre del segundo empleador o escuela/lugar de capacitación (si corresponde):		Teléfono:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Si hay otro(s) empleador(es), escuela(s), lugar(es) de capacitación, 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.*

<b>NIÑO #1</b>	Apellido*:		Primer nombre*:		Inicial segundo nombre:			
	Número de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: - -					
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>		¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____							
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>							
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>							
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):							
	Se necesita cuidado:		<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:								
Hora de Finalización:								

<b>NIÑO #2</b>	Apellido*:		Primer nombre*:		Inicial segundo nombre:			
	Número de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: - -					
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>		¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____							
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>							
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>							
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):							
	Se necesita cuidado:		<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:								
Hora de Finalización:								

<b>NIÑO #3</b>	Apellido*:		Primer nombre*:		Inicial segundo nombre:			
	Número de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: - -					
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>		¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____							
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>							
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>							
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):							
	Se necesita cuidado:		<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:								
Hora de Finalización:								

<b>NIÑO #4</b>	Apellido*:		Primer nombre*:		Inicial segundo nombre:			
	Número de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: - -					
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>		¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____							
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>							
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>							
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):							
	Se necesita cuidado:		<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
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](http://njccis.com/njccis/public-complaint)

**1-877-667-9845**

*Las quejas se pueden presentar de forma anónima.*

**Proveedores de cuidado de niños familiar registrados y en el hogar**

Comuníquese con su CCR&R

[www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCR](http://www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCR)

**1-800-332-9227**

**Campamentos de verano para jóvenes**

Comuníquese con el Departamento de Salud, Programa de Salud Pública y Protección Alimenticia  
**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](http://www.ChildCareNJ.gov)  
[DFD.ChildCare@dhs.nj.gov](mailto: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 red 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](http://www.nj.gov/humanservices/dfd).

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

**NJ 2-1-1** • [www.NJ211.org](http://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](http://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](http://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/](http://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](http://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](http://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.*

Yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi (nuestro) conocimiento. Yo (nosotros) sé (sabemos) que enviar información falsa sobre mi (nuestra) situación, no brindar la información necesaria o hacer que otros retengan información es ilegal y puede someterme (nosotros) a penales criminales y civiles, así como a la denegación, terminación y/o reembolso de servicios de cuidado de niños y asistencia para el cuidado de niños.

Yo (nosotros) también entiendo (entendemos) que:

1. La aceptación de la asistencia financiera para el cuidado de niños no es para mi (nuestro) uso o gastos personales. Los fondos públicos federales, estatales y locales, como esta asistencia de cuidado de niños, deben y serán utilizados como pago de los costos que están directamente asociados con los servicios prestados por un proveedor de cuidado de niños.
2. Es una violación de las reglas del programa proporcionar información falsa o engañosa para obtener asistencia financiera para los servicios de cuidado de niños, incluyendo, pero no limitado a, información sobre mi (nuestra) elegibilidad. Por ejemplo:
  - No informar con precisión todas las fuentes de mis (nuestros) ingresos, como, entre otros, no informar múltiples fuentes de ingresos, o un aumento o disminución en el sueldo/salario, manutención de niños o pagos de pensión alimenticia, ingresos de trabajo por cuenta propia, prestaciones por desempleo o cualquier otra fuente de ingresos.
  - No informar con precisión la cantidad de mis (nuestros) ingresos. Ejemplos incluyen, entre otros, informar la(s) cantidad(es) precisa(s) de ingresos del trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, pensión alimenticia, ingresos de un segundo trabajo o alquiler de propiedad. Cambiar o alterar la información de los talones de pago es ilegal y no se tolerará.
  - No informar con precisión el número de miembros del hogar, por ejemplo, no informar que un cónyuge u otro padre/tutor vive en el hogar.
3. Esta información se brinda en relación con fondos públicos federales, estatales y locales y se utilizará a través de programas de comparación de computadoras para confirmar la exactitud de mis (nuestras) declaraciones y verificar mis (nuestros) ingresos, recursos y necesidad de asistencia para el cuidado de niños, según se garantiza.
4. Proporcionar los números de Seguro Social del solicitante/cosolicitante es voluntario. El personal de CCR&R puede usar mis (nuestros) nombres e información del Seguro Social con agencias federales y estatales y otras fuentes que se consideren necesarias para examinación oficial. Sin embargo, se requieren copias de actas de nacimiento y Seguro Social o tarjeta de residente permanente (tarjeta verde) para todos los niños de los que se solicita asistencia de cuidado de niños.
5. Para verificar mi (nuestro) ingreso y necesidad de servicio, es posible que un representante de CCR&R deba comunicarse con mi (nuestros) empleador(es). Por la presente, autorizo (autorizamos) a mi (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 de lo que paga por la asistencia para el cuidado de niños. Estas tarifas varían según varios 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 montos diferentes. Si su proveedor cobra más de lo que cubre el estado, entiendo (entendemos) que soy (somos) responsable(s) de pagar la diferencia.
7. Yo (nosotros) soy (somos) responsable(s) de la tarifa de copago (copago) que calcula el CCR&R y se basa en el tamaño de mi (nuestra) familia, los ingresos anuales, las horas de cuidado necesarias y la edad de mis (nuestros) hijos durante el período de elegibilidad. (Los copagos NO se evaluarán hasta el 30 de junio de 2024 o hasta nuevo aviso. El solicitante/cosolicitante será responsable de los copagos cuando se restablezcan).
8. Si hubiera un cambio en la utilización de los servicios de cuidado de niños, el CCR&R reserva el derecho de cambiar mi (nuestro) Acuerdo de Padre/Solicitante y Proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) para reflejar las horas reales de cuidado necesarias.
9. Yo (nosotros) debo (debemos) notificar al CCR&R en persona, por correo postal, teléfono, correo electrónico o mediante el Formulario de notificación de cambio CC-198, inmediatamente o a más tardar 10 días después de que ocurra, cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad para el cuidado de niños. Esto incluye dejar de necesitar cuidado, reubicación fuera del condado o estado, cambio de proveedor o tipo de cuidado y/o si algún ingreso cambia para exceder el 85% del ingreso medio estatal (Cuadro de elegibilidad de ingresos disponible en [www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCAP](http://www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCAP)).
10. El CCR&R asignado está autorizado a emitir pagos a **solo un proveedor de cuidado de niños por niño** durante el período de elegibilidad especificado.

**Continúa en la siguiente página**



# 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 asistencia para el cuidado de niños es por 12 meses, a menos que usted 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/ejecutado constituye los términos completos de asistencia de cuidado de niños.
14. El solicitante/cosolicitante es responsable de cumplir con las reglas del programa y utilizar el sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD. No utilizar correctamente el sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD (que verifica la asistencia del niño y genera el pago al proveedor de cuidado de niños) puede resultar en descalificación. (El sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD NO se utilizará hasta el 30 de junio de 2024 o hasta nuevo aviso.)
15. Si mi (nuestra) solicitud para servicios de cuidado de niños es denegada por el CCR&R, o si mis (nuestros) servicios de cuidado de niños se ven afectados negativamente como resultado de una acción del CCR&R, entonces tengo (tenemos) derecho a solicitar una revisión del caso dentro de los 10 días calendario de la denegación/acción adversa a través del CCR&R. Si no estoy (estamos) de acuerdo con la decisión de la revisión del caso del CCR&R, entonces tengo (tenemos) derecho a solicitar una revisión administrativa de la División de Desarrollo Familiar de NJ dentro de los 90 días de la denegación/acción adversa. La solicitud oportuna para una 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 a 1-800-792-9774.**
16. Debo conservar una copia de esta solicitud para mis archivos.
17. He (hemos) leído esta certificación y entiendo (entendemos) que el incumplimiento de los términos puede dar lugar a la denegación de mi (nuestra) solicitud para beneficios de asistencia para el cuidado de niños o a 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

<input type="checkbox"/> Approved (Eligible)	Eligibility Start Date (MM/DD/YYYY): / /	Eligibility End Date (MM/DD/YYYY): / /
<input type="checkbox"/> Pending Documentation	Date Notice Sent (MM/DD/YYYY): / /	Deadline to Submit (MM/DD/YYYY): / /
<input type="checkbox"/> Denied (Ineligible)	Reason:	

Assistance Type:  CCAP  DOE Wrap  Kinship  CSP  PACC  WFNJ  TCC

#### 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): / /

<b>NIÑO #5</b>	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

<b>NIÑO #6</b>	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

<b>NIÑO #7</b>	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

<b>NIÑO #8</b>	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> <b>Blanco/caucásico</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo Americano/Nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <b>Negro/Afroamericano</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> <b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lunes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Martes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Miércoles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Jueves</b>	<input type="checkbox"/> <b>Viernes</b>
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							





# 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/CCR](http://www.ChildCareNJ.gov/CCR) 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

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

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 éste.

### C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

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

- Acta de nacimiento del niño
- Decreto judicial (*si corresponde*)
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)

Para **cada dependiente que resida en el hogar** y que esté incluido en el tamaño de la familia, **presente uno** de los siguientes 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 (*Para dependientes mayores de 18 años, debe proporcionar el formulario 1040 del IRS presentado*)

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 (copia del formulario IRS 1040 presentado)
- 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. INGRESO

Para **cada solicitante/cosolicitante**, envíe todo lo que corresponda para verificar ingresos:

#### INGRESOS DEL TRABAJO:

- Debe proporcionar un mes de talones de pago actuales (por ejemplo, 4 semanales, 2 quincenales, etc.); y/o
- Formulario CC-188 de verificación de empleo *(si es necesario para verificar horas de trabajo cuando no se reflejan en los talones de pago o para verificar ingresos cuando el solicitante/cosolicitante no recibe talones de pago)*

#### NUEVO EMPLEO ÚNICAMENTE *(si no hay talonarios de pago disponibles)*:

- Carta del empleador con membrete de la empresa (firmada/fecha) Debe incluir tasa de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y primera fecha de empleo; o
- Formulario CC-188 de verificación de empleo *(si se aprueba para CCAP, el solicitante/cosolicitante deberá hacer un seguimiento con los talonarios de pago si los recibe)*

#### SOLO EMPLEADO INDEPENDIENTE:

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

#### INCAPAZ DE TRABAJAR o INCAPACITADO:

- Declaración de incapacidad Formulario CC-10s

#### 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

*(Nota: si la manutención de los hijos o la pensión alimenticia no son ordenadas por la corte, escriba la cantidad que recibe mensualmente en la Sección C de la solicitud)*

### 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:** Matriculación de curso o expediente de la escuela o un formulario CC-189 Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía
- PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO:** Matriculación de programa o expediente del programa de entrenamiento o un formulario CC-189 Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía

### 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:

- Acta de nacimiento de los Estados Unidos
- Certificado de ciudadanía
- Pasaporte de los Estados Unidos o tarjeta de pasaporte
- 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 Estados Unidos (disponible en la aplicación CBP One Mobile o <https://i94.cbp.dhs.gov/I94#home>)