

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 del Condado (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 (*) es obligatorio. El Número de Seguro Social es opcional para el solicitante. Responda a todas las preguntas lo mejor posible.

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

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE

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

COSOLICITANTE	Si corresponde, ingrese la información del cosolicitante (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"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿Es usted cabeza de familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Blando/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____			
TAMAÑO DE LA FAMILIA	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 o adecuada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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.		

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Está el solicitante actualmente (seleccione una opción correspondiente):

Sí **No** ¿Sirviendo a tiempo completo y en servicio activo en las fuerzas armadas?

Sí **No** ¿Sirve en la Guardia Nacional o reservas militares?

Sí **No** ¿Recibiendo o recibió en el pasado beneficios de 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 *Reunir documentación de un mes de ingresos actuales. Consulte la lista de verificación de documentación para obtener orientación.*

¿Los bienes de su familia superan los \$1,000.00? **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 (SS)			<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SS)		
<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)

SOLICITANTE	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fecha de inicio (M/DD/AAAA): / /	Fecha de inicio (M/DD/AAAA): / /	Fecha de inicio (M/DD/AAAA): / /
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo Horas por semana: _____	Créditos/horas de clase: _____	Créditos/horas de clase: _____	Horas por semana: _____
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial 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.			

COSOLICITANTE	¿El solicitante está incapacitado y no puede trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		(En caso afirmativo, deberá completar el formulario CC-10 de Declaración de incapacidad)	Fecha de inicio (M/DD/AAAA): / /	Fecha de inicio (M/DD/AAAA): / /
		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo Horas por semana: _____	Créditos/horas de clase: _____	Horas por semana: _____
		<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial 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) Incluir a cada niño que necesite asistencia de cuidado de niños. Utilice la página Información Adicional de Niño(s) si es necesario.

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

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

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

NIÑO #4	Apellido*:		Primer nombre*:		Inicial segundo nombre:	
	Número de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento(M/DD/AAAA)*: - -			
	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		¿El niño es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Latín <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____					
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(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))</small>					
	¿El niño tiene una discapacidad documentada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</small>					
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):					
	Se necesita cuidado:		<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles
Hora de Inicio:						
Hora de Finalización:						

G. RECURSOS COMUNITARIOS IMPORTANTES

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

<p>Centros de cuidado de niños Comuníquese con el Departan de Niños y Familias, Oficina Licencias njccis.com/njccis/public/complaint 1-8776679845 <i>Las quejas se pueden presentar de forma anónima.</i></p>	<p>Proveedores de cuidado de niño familiar registrados y en el hoga Comuníquese con su CCR&F www.ChildCareNJ.gov/Parents/C 1-8003329227</p>	<p>Campamentos de verano pa jóvenes Comuníquese con el Departamento de Salud, Programa de Salud Pública Protección Alimenticia 1-6098264935 ext. 27</p>	<p>Agencias de recursos y referencias de cuidado de niños (CCR&R) Comuníquese con la Oficina de Cuidado de Niños www.ChildCareNJ.gov DFD.ChildCare@dhs.nj.gov 1-6095882163</p>
---	--	---	---

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, hogares de acogida y centros de tratamiento residenciales, deben informarse a la Línea Directa de Abuso de Niños del Registro Central del línea directa gratuita las 24 horas, los siete días de la semana.
1-877 NJ ABUSE (62273) • TTY-800835510

La División de Desarrollo Familiar (Division of Family Development, DFD) brinda apoyo 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 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 brindan asistencia en efectivo del estado; NJ SNAP; y servicios de Manutención de Niños. Para obtener más información sobre estos programas, visite el sitio web del DFD en www.nj.gov/humanservices/dfd.

Si es sordo, tiene problemas de audición, sordoceguera y/o discapacidad del habla, llame a la línea de asistencia.

NJ 21-1 • www.NJ211.org • Marque el 2-
NJ 211 brinda asistencia en vivo las 24 horas del día, todos los días del año. Los servicios son gratuitos, confidenciales y multilingües con el personal de 7600 programas y servicios comunitarios como: alimentos, servicios públicos, vivienda segura, alquiler, salud mental y física, trastornos por uso de sustancias, necesidades de personas mayores, asistencia legal, navegador de paternidad (NJ Family Care Navigator Program), deporte, servicios para discapacitados y más.

NJ Ayuda www.NJHelps.gov
NJ Ayuda (NJHelps) es una herramienta de evaluación en línea que lo ayudará a ver si es elegible para asistencia alimentaria (SNAP), asistencia para el cuidado de niños (WFNJ/TANF o WFNJ/GA) y seguro médico (NJ Family Care). De solicitar servicios u obtener información sobre recursos adicionales, llame al 1-800-332-8174.

Conectando a Nueva Jersey www.nj.gov/connectingnj
Conectando a NJ es un proceso de referencia que conecta a los proveedores de atención obstétrica y prenatal, agencias comunitarias y familias que lo vinculan con el cuidado de niños, Doulas Comunitarias (Community Doulas), programas de visitas domiciliarias y más.

Servicios de intervención temprana (NJ Early Intervention Services, NJEIS) www.nj.gov/health/fhs/families/ • Desde el nacimiento hasta los tres años: 1-888-653-4463 • Mayor de tres años: 1-800-332-8174
El sistema de intervención temprana de New Jersey (NJEIS), bajo la División de Servicios de Salud Familiar, para bebés y niños pequeños, hasta los tres años, con retrasos en el desarrollo o discapacidades, y sus familias. El Proyecto Child Find del sistema de intervención temprana 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) [//eitc.nj.gov](http://eitc.nj.gov) • Federal: 1-800-929-1040 • Estatal: 1-888-958-179
EITC es un beneficio de crédito tributario federal y estatal para personas y familias que ganan ingresos bajos a moderados en el estado de Nueva Jersey.

Línea de ayuda familiar 1-800-THEKIDS (-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 ocurran crisis. Los consejeros capacitados de Padres Anónimos que lo escucharán con empatía y recomendarán recursos en su comunidad.

Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) 1-800-541-1031
El programa de asistencia de energía para el hogar ayuda a los residentes de muy bajos ingresos con sus facturas de energía. Incluye asistencia para el pago de facturas de energía y asistencia de combustible de emergencia para hogares que no pueden pagar sus facturas de energía para el hogar.

Enlace para padres de NJ (NJ Parent Link) www.njparentlink.nj.gov • 1-800-9363
El enfoque de enlace para padres de NJ es satisfacer las necesidades de información y recursos de los futuros padres, familias con niños recién nacidos hasta niños que ingresan al jardín de infantes) y profesionales interesados, comprometidos con la salud y el bienestar de los niños de New Jersey. También se encuentran disponibles recursos de crianza y apoyo para familias con niños mayores, desde edad escolar hasta la adolescencia.

Servicios sociales para personas sin hogar (Social Services for the Homeless, SSH) www.nj.gov/humanservices/dfd/programs/ssh/ • NJ 2-
Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que necesitan un hogar seguro para sí mismos o sus hijos. Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que necesitan un hogar seguro para sí mismos o sus hijos. Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que necesitan un hogar seguro para sí mismos o sus hijos. Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que necesitan un hogar seguro para sí mismos o sus hijos.

H. CERTIFICACIÓN

Lea cuidadosamente antes de firmar.

Yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según conocimiento. Yo (nosotros) sé (sabemos) que enviar información falsa sobre mi (nuestra) situación, no brindar necesaria o hacer que otros retengan información es ilegal y puede someterme (nosotros) a las sanciones penales y civiles como a la denegación/determinación/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 (nuestro) no es para gastos personales. Los fondos públicos federales, estatales y locales, como esta asistencia de cuidado de niños, deben y serán utilizados como costos que están directamente asociados con los servicios prestados por el proveedor de niños.
2. Es una violación de las reglas del programa proporcionar información falsa o pagada para obtener asistencia financiera para los servicios de cuidado de niños, pero no limitada a la información sobre (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 de ingresos de trabajo por cuenta propia, prestaciones por desempleo o cualquier otra fuente de ingresos.
 - No informar con precisión la cantidad (de nuestros) ingresos. Ejemplos incluyen, entre otros, informar la(s) cantidad(es) precisa(s) de ingresos por cuenta propia, manutención de los hijos, pensión alimenticia, ingreso de un segundo trabajo o alquiler de propiedad. Cambiar o alterar la información de los talones de pago es inaceptable y no será tolerada.
 - No informar con precisión el número de residentes en el hogar, por ejemplo, no informar que un cónyuge u otro padre/madre vive en el hogar.
3. Esta información se brinda en relación con fondos públicos federales, estatales y locales y se utilizará a través de una comparación de computadoras para verificar 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/solicitantes voluntarios. 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 consideran necesarias para examinación oficial. Sin embargo, se requiere una copia de nacimiento y Seguro Social y 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 contactar a 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 se basan en varios factores, incluida la edad del niño y el tipo de proveedor. Esta asistencia puede cubrir el costo total de la asistencia, pero, en algunos casos, los proveedores cobran montos diferentes. Si su proveedor cobra más de lo que cubre el estado (entendemos) que soy (somos) responsable(s) de pagar la diferencia.
7. Yo (nosotros) soy (somos) responsable(s) de la tarifa de copago (copago) que cobra CCR&R y se basa en el tamaño de mi (nuestra) familia, los ingresos anuales, las horas de cuidado necesarias y la edad de los hijos (nuestros) durante el período de elegibilidad. (Los copagos NO se evaluarán hasta el 30 de junio de 2024. El solicitante/solicitantes será responsable de los copagos cuando se restablezcan).
8. Si hubiera un cambio en la utilización de los servicios de cuidado de niños, CCR&R reserva el derecho de cambiar nuestro Acuerdo de Padre/Solicitante y Proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) para reflejar las horas de cuidado necesarias.
9. Yo (nosotros) debo (debemos) notificar al CCR&R en persona, por correo postal, teléfono, o mediante correo electrónico, 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 de niños en el condado o estado, cambio de proveedor o tipo de cuidado y/o si algún ingreso cambia para exceder el 85% del ingreso estatal (Cuadro de elegibilidad de ingresos disponible en www.NJGov/Parents/CCAP).
10. El CCR&R asignado está autorizado a emitir pagos a solo un proveedor de cuidado de niños durante el período de elegibilidad especificado.

Continúa en la siguiente página

H. CERTIFICACIÓN CONTINUACIÓN

Use 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 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 para el 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. El proveedor que verifica la asistencia del niño y genera el pago (el 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 nueva orden).
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 del calendario de la denegación 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 en la Oficina de Revisión Administrativa y Apelaciones, División de Desarrollo Familiar, P.O. Box 716, Trenton, NJ 08625-0716 o llamando al 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 niño 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 de solicitante
Número de Seguro Social: - -	Número de Seguro Social: - -
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /

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

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

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

NIÑO #8	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:
	Número de Seguro Social*: - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) - -	
	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (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))		
	¿El niño tiene una discapacidad documentada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)		
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):		
	Se necesita cuidado: <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado		
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 de la página de asistencia para niños (Child Care Assistance Program; CCAP) que se debe presentar para la consideración de elegibilidad. Algunos documentos pueden requerir documentos adicionales según los requisitos del programa. Si tiene preguntas, necesita ayuda para completar la solicitud o para solicitar un formulario requerido por el DFD, comuníquese con su CCR&R en www.ChildCareNJ.gov/CCRA para obtener una lista por condado o llame al 1-800-332-9227.

A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

<p>Para cada solicitante 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.</p> <p>COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)</p> <p>Presente uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación militar con fotografía <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto emitida por el empleador <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto de la escuela <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde) 	O	<p>COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)</p> <p>Presente dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria, GED o diploma universitario <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro de Salud o Tarjeta de Medicamentos <input type="checkbox"/> Talón de pago impreso <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento (solicitante o del niño) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social
--	---	--

B. DIRECCIÓN

Para cada solicitante presente uno de los siguientes para verificar la residencia:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contrato de alquiler/arrendamiento actual o factura de hipoteca <input type="checkbox"/> Decreto judicial <i>(no corresponde)</i> <input type="checkbox"/> Registros escolares que muestren la residencia <input type="checkbox"/> Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales <i>(para tutela corresponde)</i> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos del hogar <input type="checkbox"/> Documentación médica <input type="checkbox"/> Registro/título del vehículo o licencia de conducir de NJ <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 solicitados, puede tener hasta seis meses para enviar la documentación. Las situaciones incluyen:

- x Niños y jóvenes que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas similares; están viviendo en moteles, hoteles o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; están viviendo en emergencia o de transición; o están abandonados en hospitales;
- x Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está diseñado para ser un alojamiento habitual para dormir por seres humanos [dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C)];
- x Niños y jóvenes que están viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, estaciones de autobús o transportes similares; y
- x Niños migratorios (tal como dicho término se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1966) o personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas en las reglas.

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

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

- Acta de nacimiento del niño
- Decreto judicial *(no corresponde)*
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales *(para tutela)*

Para cada dependiente que resida en el hogar 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 *(no corresponde)*
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales *(para tutela)*
- 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 los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- Formularios de impuestos presentados más recientemente que muestre la dependencia (copia del formulario IRS 1040 pre
- 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

<p>Para cada solicitante envíe todo lo que corresponda para verificar ingresos:</p>	
<p>INGRESOS DEL TRABAJO:</p> <p><input type="checkbox"/> Debe proporcionar un mes de talones de pago actuales (por ejemplo, 4 semanales, 2 quincenales, etc.); y/o</p> <p><input type="checkbox"/> Formulario CC-188 de verificación de empleo 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)</p> <p>NUEVO EMPLEO ÚNICAMENTE (No hay talonarios de pago disponibles):</p> <p><input type="checkbox"/> Carta del empleador con membrete de la empresa (firmada y fechada). Debe incluir tasa de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y primera fecha de empleo; o</p> <p><input type="checkbox"/> Formulario CC-188 de verificación de empleo (prueba para CCAP, el solicitante/cosolicitante deberá hacer un seguimiento con los talonarios de pago si los recibe)</p> <p>SOLO EMPLEADO INDEPENDIENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> Envíe la transcripción de impuestos actual del IRS del Formulario 1040 junto con el Anexo C, "Ganancia o pérdida del negocio"</p> <p>INCAPAZ DE TRABAJAR o INCAPACITADO:</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de incapacidad Formulario CC-189</p>	<p>OTROS INGRESOS O BENEFICIOS A LA UNIDAD FAMILIAR</p> <p>La documentación debe mostrar la tasa y la frecuencia de los ingresos recibidos de las siguientes fuentes:</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación de pensión/jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Carta de concesión del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación de compensación laboral/de desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención conyugal</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos/militares</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de los hijos (como 6 meses de historial de pago/desembolso)</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier otro ingreso requerido para fines de declaración de impuestos federales/estatales</p> <p><i>(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)</i></p>

E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

<p>Para cada solicitante presente uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJO consulte la Sección D, "Ingresos del empleo" para ver los documentos aceptables para verificar las horas de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> ESCUELA Matriculación de curso o expediente de la escuela o un formulario Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía</p> <p><input type="checkbox"/> PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO: Matriculación de programa o expediente del programa de entrenamiento o un formulario Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía</p>

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

<p>Para cualquier niño que necesite cuidado, presente uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de los Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía</p> <p><input type="checkbox"/> Pasaporte de los Estados Unidos o tarjeta de pasaporte</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde) (Formulario I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de viaje para refugiados (Formulario I-571)</p> <p><input type="checkbox"/> Versión electrónica del Formulario de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (disponible en la aplicación CBP One https://i94.cbp.dhs.gov/i94/#home)</p>
