

# Solicitud de Elegibilidad para Servicios de Cuidado Infantil y Educación Temprana

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

## Instrucciones para que el Solicitante Complete el Formulario de Elegibilidad de Servicios de Cuidado Infantil Las instrucciones siguientes van ligadas con las distintas secciones de este formulario. Por favor léalas con detenimiento

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN A:

1. Escriba su nombre completo (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre), número de seguro social y fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque una ó más de la(s) casilla(s) correspondiente(s) proporcionada(s) para indicar su raza. Marque la casilla correspondiente para indicar su etnicidad y sexo. Marque la casilla correspondiente para indicar el parentesco del padre/solicitante con el(los) menor(es) para el(los) cual(es) se está llenando la solicitud de asistencia. Si usted no es un pariente inmediato (padre/madre), sírvase indicar si usted representa otro adulto responsable, padre de crianza u otro. Si la respuesta es "otro", por favor especifique.
2. Si aplica al caso (reside en el hogar), escriba el nombre completo de su cónyuge o cosolicitante, el número de seguro social y la fecha de nacimiento (mes/día/año). Marque las casillas apropiadas proporcionadas para indicar la raza, etnicidad y sexo del cosolicitante/cónyuge.
3. Escriba la dirección de su hogar y el condado donde usted reside. Escriba el distrito escolar en el que está(n) su(s) hijo(s).
4. Escriba el número de teléfono de su casa.
5. Escriba el "tamaño de la familia", lo cual quiere decir el número de adultos (personas de 18 años de edad en adelante que tienen responsabilidad legal por los menores), así como adultos dependientes (personas de 18 años de edad o mayores) que forman parte de la unidad familiar inmediata y el número de menores dependientes (personas menores de 18 años).

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

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN B:

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

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

1. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de pensiones y jubilación.
2. Indique todo el ingreso de beneficio recibido del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
3. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la compensación de trabajadores y por desempleo.
4. Indique todo el ingreso de beneficio recibido de la asistencia social (TANF).
5. Indique todo el ingreso recibido para la pensión infantil o alimenticia por parte de un padre ausente.
6. Incluya cualquier otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.

7. Incluya cualquier otro ingreso recibido que se requiere indicar para efectos de declaración de impuestos federales y estatales.
8. Indique el total anual de todas las fuentes de ingreso.

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN C

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

1. Escriba el nombre, dirección completa y número de teléfono del sitio de Trabajo/Escuela/Capacitación Primario.
2. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad es de trabajo, escuela o capacitación.
3. Escriba su fecha de inicio (mes/día/año)
4. Marque la casilla apropiada para indicar si la actividad de Trabajo/Escuela/Capacitación es a tiempo completo, tiempo parcial o de temporada. Escriba el número de horas por semana y meses por año que pasa en ese centro.
5. Incluya la información de su actividad Secundaria de trabajo/Escuela/Capacitación (si aplica al caso).

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN D:

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

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

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN F:

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

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

Dirección Responder a: Los Recursos de Cuidado Infantil y de la Agencia de Referencia ubicado en el condado donde usted vive. Una lista puede encontrarse en: <http://www.state.nj.us/humanservices/dfd/programs/child/ccrr/>

**A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE** **POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

**1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE** NÚM. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

(Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_ (número 9 cifras) \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

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

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

Parentesco del SOLICITANTE con los niños:  Padre  Madre  Adulto responsable legalmente  Padre de crianza  Otro: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

**3. DIRECCIÓN DE LA CASA** (número y calle) \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

**4. TELÉFONO DE LA CASA:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA:** \_\_\_\_\_ **TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA :** \_\_\_\_\_

*En el tamaño de la familia se debe incluir a padres, cónyuges, hijos para los que se solicita el subsidio, otros niños dependientes, o adultos reclamados en el formulario IRS 1040 del solicitante o cosolicitante. Cuando se trata de parientes, en el tamaño de la familia se debe incluir el niño para quien se solicita el subsidio y todos los dependientes reclamados en el formulario IRS 1040 del abuelo, tía o pariente. Para los casos de DYFS, un niño y cualquiera de sus hermanos que vivan en la misma casa y que están colocados en una ubicación fuera del hogar pagada por DYFS, deben contarse para determinar el tamaño de la familia.*

**B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA** **ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES**  
*No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.*

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

**C INFORMACIÓN DE TRABAJO/ ESCUELA/CAPACITACIÓN** **DEBE ANEXARSE PRUEBA DE MATRÍCULA VIGENTE EN LA ESCUELA**

	<b>PADRE/SOLICITANTE</b>	<b>PADRE/COSOLICITANTE</b>
Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) (Si aplica, escriba "negocio propio")	_____	_____
Número de teléfono: _____	_____	_____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año
Nombre del centro SECUNDARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal)	_____	_____
Número de teléfono: _____	_____	_____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año

**No se aceptarán solicitudes incompletas\***

D	SÍ NO	DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Está usted recibiendo en este momento/ha recibido usted asistencia para la atención infantil con una subvención de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado Infantil de Transición (TCC, siglas en inglés) a través del Programa de <i>Work First New Jersey</i> (WFNJ, siglas en inglés) en los últimos dos años? Si contestó que sí, indique cuándo se vencen (vencieron) los beneficios, escriba el Mes, Día y Año ___/___/___ y el número de caso de TANF: _____.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Tiene su familia un caso abierto ante la División de Servicios a Jóvenes y Familias (DYFS, siglas en inglés) y están residiendo con usted los menores para los cuales usted está solicitando servicio? Si contestó que sí, por favor dé el nombre de la oficina: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está usted recibiendo una subvención de TANF? Si contestó que sí, por favor indique el número de caso de TANF: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene usted o un miembro de su familia un problema médico crónico para el cual se recomienda el cuidado infantil como parte del plan de tratamiento/rehabilitación? Si contestó que sí, indique el nombre de la persona/agencia que autoriza el plan de tratamiento y el número de teléfono: Nombre de la agencia: _____ Núm. de teléfono: (____) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Están los niños para los que pide asistencia de cuidado infantil en un hogar de crianza de DYFS, un hogar de crianza de DYFS "para-foster" o un hogar preadoptivo de DYFS? Si usted está empleado o participa en un programa escolar o de capacitación, debe adjuntarse la prueba para efectos de DYFS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Está solicitando asistencia porque la oficina de la Junta de Servicios Sociales/Agencia de Bienestar del Condado (CWA/BSS) le informó que usted no es elegible para el programa de Cuidado Infantil de Transición (TCC) o Asistencia Temporal para Necesitados (TANF)?
(Marque una)		11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: <input type="checkbox"/> Asistencia de pago con <b>COMPROBANTES</b> <input type="checkbox"/> Servicios <b>CONTRATADOS</b> en un centro basado en la comunidad
		12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

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

**Nombre completo del NIÑO Núm.1** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

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

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

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

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

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

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Programa: \_\_\_ Código: \_\_\_ Componente: \_\_\_ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$\_\_\_ Semanal \$\_\_\_ Mensual. Fecha de inscripción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nombre completo del NIÑO Núm.2** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

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

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

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

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

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

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Programa: \_\_\_ Código: \_\_\_ Componente: \_\_\_ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$\_\_\_ Semanal \$\_\_\_ Mensual. Fecha de inscripción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nombre completo del NIÑO Núm.3** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

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

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.*

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

**ETNICIDAD:** Hispano/Latino:  Sí  No **SEXO:**  Masculino  Femenino

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

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

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

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

**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Programa: \_\_\_ Código: \_\_\_ Componente: \_\_\_ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$\_\_\_ Semanal \$\_\_\_ Mensual. Fecha de inscripción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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



**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE  
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA  
LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Por este medio yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información anterior es correcta y verdadera a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o hacer que otras personas oculten información es contrario a la ley y que me (nos) sujetaría a un posible enjuiciamiento. Asimismo entiendo (entendemos) que:

1. Aceptar asistencia financiera de cuidado infantil no es para mi (nuestro) uso o gastos personales y que los fondos gubernamentales federales, estatales y locales son para uso y se deberán utilizar en costos asociados directamente con los servicios dados por un proveedor de cuidado infantil.
2. Es contrario a la ley obtener asistencia financiera para servicios de cuidado infantil al proporcionar información falsa o engañosa, lo que incluye, aunque no se limita a información sobre mi elegibilidad y(o) información que se relaciona con la asistencia de un menor para registros de un proveedor, hojas de asistencia o formularios de pagos de comprobantes. Algunos ejemplos de comportamiento ilegal incluyen, aunque no se limitan a:
  - Falta de informar con precisión todas las fuentes de mi (nuestro) ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, no reportar múltiples fuentes de ingreso o un aumento o reducción de jornal/salario, pagos de pensión infantil o pensión alimenticia o cualquier otro ingreso.
  - Falta de informar con precisión la cantidad de mi ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, informar la(s) cantidad(es) exacta(s) de ingreso del empleo propio; alquiler de propiedades o cambio o alteración de la información que aparece en los talonarios de los cheques de pago.
  - Falta de informar con precisión el número de miembros del hogar. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a no informar que mi cónyuge u otro padre/tutor legal está viviendo en el hogar.
  - Firmar de antemano y poner la fecha en los formularios de certificación de comprobantes, hojas de asistencia u otros archivos utilizados por el proveedor para rastrear y verificar la asistencia de un menor.
  - Falta de verificar con precisión la asistencia de un menor en los formularios de registro de asistencia dando los marcos de tiempo de informe.
3. Esta información se da con relación a los fondos gubernamentales federales, estatales y locales, y se utilizará a través de programas de comparación computarizada para confirmar la precisión de mi(s) declaración (declaraciones), así como para verificar mi (nuestro) ingreso, recursos y necesidad de asistencia de cuidado infantil, según sea necesario.
4. Es voluntario proporcionar la información solicitada, lo cual incluye números de seguro social del Padre/Madre/Solicitante. El personal de la agencia puede utilizar mi (nuestra) información de nombre y seguro social con agencias federales y estatales, así como con otras fuentes que consideren necesarias para examen oficial. Sin embargo, se requieren copias de los certificados de nacimiento, de las tarjetas de Seguro Social, de las tarjetas de Residente Legal, si es el caso, de todos los niños para los que se solicitan servicios de subsidio.
5. La falta de proporcionar información o el dar información falsa de forma deliberada resultará en que se me niegue mi (nuestra) solicitud, en la terminación de los beneficios de cuidado infantil a la familia y referencia a las agencias federales, estatales o locales para acción en los tribunales civiles o criminales, interceptación del sueldo o impuestos, así como agencias de cobranza privadas para actos de reclamaciones relacionados con el reintegro y recuperación de fondos.
6. Proporcionar información falsa o engañosa en mi (nuestra) solicitud de asistencia financiera de cuidado infantil y(o) la falta de informar dentro de diez días cualquier cambio en el número de integrantes de mi (nuestra) familia o ingreso familiar, o bien cualquiera otra circunstancia que podría cambiar mi (nuestra) elegibilidad, tal como el estatus de trabajo / escuela/ capacitación, podría resultar en la terminación de mi (nuestro) subsidio para cuidado infantil y podría terminar mi (nuestra) elegibilidad para solicitar y(o) recibir cuidado infantil subsidiado durante un período de seis meses por la primera infracción; por un periodo de 12 meses por la segunda violación y la descalificación permanente por la tercera violación.
7. Si recibo asistencia financiera como resultado de la información falsa o engañosa, podría ser yo (nosotros) responsable (s) por el reintegro de los beneficios de cuidado infantil y podría verme (podríamos vernos) sujetos a una multa civil y a un posible enjuiciamiento en los tribunales.
8. Entiendo (entendemos) que para poder verificar mi (nuestro) ingreso y la necesidad de un servicio, una Agencia de Recursos y Referencia a Cuidados Infantiles (Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R), en inglés) necesitaría comunicarse con mi (nuestro) empleo. Por este medio autorizo (autorizamos) a mi (nuestro) empleo a que divulgue información relacionada con mi (nuestro) ingreso, escala de pagos, horarios y programa de trabajo a la CCR&R en mi (nuestro) condado de residencia ante el cual estoy presentando mi solicitud para servicios de cuidado infantil subsidiado en el Estado de New Jersey.

Firma del Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**No se puede procesar las solicitudes que no están firmadas. Se le proporcionará una copia de este documento para sus archivos.**

**SÓLO PARA USO DE DYFS:**  
 Nombre y Número de Administrador de Caso de DYFS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nota:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Se ha completado el SAR; los pagos de cupones para los servicios de cuidado infantil de DYFS/CPS están aprobados para el periodo del  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Firma que autoriza el pago de cupones de DYFS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE CCR&R o CONTRATADO BASADO EN EL CENTRO (CBC):**  
 Marque uno:  Solicitud inicial  Re-determinación      FECHA DE CERTIFICACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Ingreso familiar anual: \$ \_\_\_\_\_  
 Copago total estimado de la familia, si corresponde (Ingrese la cant. y Marque uno):      \$ \_\_\_\_\_  SEMANA  MES  
 Marque una:  NEGADO  APROBADO  PENDIENTE  
 Certificación por parte de un Miembro del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nota:  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: \_\_\_\_\_

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

**CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:**

Nombre del padre/solicitante: \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

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

**5 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 5** \_\_\_\_\_ **NÚM. DE SEG. SOC.** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

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

**6 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 6** \_\_\_\_\_ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

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

**7 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7** \_\_\_\_\_ **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

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