



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

# PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

## Anexo a la solicitud

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

¿Los activos de su familia tienen un valor superior a \$1,000,000?  No  Sí

*Nota: Los activos pueden incluir, entre otros, cuentas bancarias personales, cuentas de negocio, bienes inmuebles y propiedad personal.*

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

### El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo  No  Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar  No  Sí

Trabaja por cuenta propia  No  Sí

¿Hay un(a) co-solicitante?  No  Sí

#### Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo  No  Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar  No  Sí

Trabaja por cuenta propia  No  Sí

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre del co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

### DISCRIMINACIÓN

Este programa prohíbe la discriminación al determinar la elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil.

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