



2 City Hall Plaza, 3rd Floor • Rahway, New Jersey 07065  
Phone: (973) 923-1433 Fax: (973) 923-1311  
[www.cccunion.org](http://www.cccunion.org)

## La Ley de asistencia a personas sin hogar de McKinney-Vento

La Ley de asistencia a personas sin hogar de McKinney-Vento es un programa de subsidios que ayuda a las familias que carecen de una residencia nocturna regular y adecuada. Los solicitantes que se autoidentifiquen como personas sin hogar o que sean referidos por un proveedor de servicios pueden ser elegibles para recibir un período de gracia de hasta 6 meses para establecer la elegibilidad mientras se subsidian sus servicios de cuidado infantil. Este subsidio de guardería le ayudará a pagar para el cuidado de niños, (0-13) y para los niños con necesidades especiales hasta la edad de (19).

Cuidado de niños pueden ser proporcionados por los centros de cuidado infantil con licencia, proveedora registrada de cuidado familiar, campamentos de día de verano, programas escolares, edad de guardería y cuidado de familiares y amigos.

### REQUISITOS PARA EL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE:

1. **Debe ser un residente del Condado de Unión**
2. **Debe estar activo en una actividad a tiempo completo por el período de gracia de 6 meses**
  - **Trabajo:** 30 horas o mas por semana o 60 horas o mas quincenales o 65 horas o mas dos veces al mes
  - **Escuela/Colegio Universitario:** 12 créditos o más por semestre regular (9+ créditos en el verano)
  - **Entrenamiento certificado vocacional:** 20 horas o mas por semana

Pueden combinar estas actividades a medio tiempo para completar el requisito a tiempo completo

3. **Debe estar debajo del requisito máximo de ingreso de acuerdo al tamaño familiar**

(Representan el 200% del Nivel Federal de Pobreza)

- **Tamaño de Familia de 2:** \$34,480
- **Tamaño de Familia de 3:** \$43,440
- **Tamaño de familia de 4:** \$52,400

Por cada niño adicional, añada \$8,960

4. **Debe someter los requisitos en la pagina de instrucciones (adjunta)**
5. **Debe de Contribuir al costo de la guarderia (Copago)**

Las solicitudes completas pueden ser traídas en persona o enviada por correo a la siguiente dirección:

Community Coordinated Child Care  
2 City Hall Plaza, 3rd Floor  
Rahway, NJ 07065

*\* Faxes y Solicitudes incompletas no serán aceptadas \**

Visite nuestra página web: [www.cccunion.org](http://www.cccunion.org) para descargar solicitudes adicionales o para información de programas adicionales Síguenos en Facebook: CCCUnionCounty y Twitter @CCCCUnionCty

## Lista de verificación de elegibilidad del programa

### Los documentos a continuación son necesarios para el solicitante y el co-solicitante

**TRABAJANDO A TIEMPO COMPLETO:** Todos los trabajos deben ser reportados

Envíe todos sus talones de pago para el mes más reciente por un total de 4 semanas de pago.

Cada talón de pago debe mostrar un mínimo de 30 horas a la semana, 60 horas cada dos semanas o 65 horas semestrales.

Si sus talonarios no muestran horas de trabajo, adjunte con sus colillas una carta de su empleador con el lema de la compañía indicando cuantas horas trabaja a la semana, la cantidad que gana por hora al igual a su sueldo anual.

### EMPRESARIO / DUEÑO DE NEGOCIO

Debe presentar su actual Transcripción de Declaración de Impuestos Federales del IRS incluyendo el Formulario 1040 del IRS "Anexo C" Reflejando el beneficio o pérdida del negocio. Tenga en cuenta que una vez que recibimos sus documentos

debemos analizar y calcular para ver si cumple con los requisitos de elegibilidad de ingreso DHS / DFD.

Para solicitar su transcripción visite: <https://www.irs.gov/individuals/get-transcript>.

### EN LA UNIVERSIDAD

Presente su programa actual que indique:

Su Nombre y cantidad de créditos que está asistiendo actualmente.

Tenga en cuenta: Para ser considerado como estudiante universitario en tiempo completo debe de asistir un total de 12 créditos Primavera/Otoño Y 9 créditos en el verano. Clases asistidas en línea no serán consideradas.

### EN UN ENTRENAMIENTO O ESCUELA SUPERIOR

Por favor, envíe una carta con el lema de la escuela indicando lo siguiente:

La fecha que las clases inician al igual cuando finalizan y el número de horas asistidas por semana. Esto debe de ser un total de 20 horas a la semana

### PARTE B DE APLICACIÓN

Ingresar cantidades de ingresos adicionales

**No dejar espacios en blanco.** Escriba "0" Si no recibe en la categoría determinada:

Desempleo/Compensación laboral • Manutención infantil • Pensión alimenticia • Seguro social/pensión por jubilación\*

*Adjunte una copia de su talonario o una copia de la carta anual de beneficio si usted recibe cualquiera de los ingresos anteriores*

**Si usted no recibe ningún ingreso, usted debe de presentar una carta de apoyo**

### MANUTENCIÓN INFANTIL

Si recibe manutención, envíe la orden de la corte adonde indica la cantidad de disposición que incluya el estado de cuentas que ha sido abonado dentro de los últimos 6 meses.

Si tiene más de un caso, debe de imprimir todos los casos aunque no esté recibiendo dinero

*Usted puede encontrar esta información en [www.NJChildSupport.org](http://www.NJChildSupport.org)*

*\*Si no tiene acceso a una computadora, puedes imprimir los desembolsos en nuestra oficina*

### **No puede encontrar la orden judicial original?**

Inicie sesión en el sitio web de Manutención de Menores e imprima la página de dependientes, la página de obligaciones y atrasos, así como los desembolsos como se indicó anteriormente.

### **Tiene varios casos?**

Por favor imprima también la página de la lista de casos. Esto mostrará todos los casos abiertos y cerrados.

### **Si no tiene una orden judicial pero recibe dinero en efectivo:**

Se debe presentar una carta que indique el monto recibido por el padre sin custodia

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

- Si tiene un hijo con necesidades especiales-Por favor presente una copia de un documento médico reciente que verifique el diagnóstico del niño, junto con el Formulario de verificación de subsidio para el cuidado de nonos de NJ que debe ser completado por un profesional médico con licencia.
- Si es Divorciado- una copia de la acta certificada de divorcio
- Si no se reportan ingresos familiares (ingresos "0"), se solicita una carta de manutención

**Por Favor tome en cuenta documentos adicionales podrían ser requeridos.**

# PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

## *Lista de documentación*

Abajo encontrará una **lista general** de los documentos requeridos para cada una de las secciones de la Solicitud del programa de subsidios para el cuidado infantil que deben enviarse para una evaluación **inicial** de elegibilidad. También pueden requerirse documentos adicionales, según los requisitos del programa. Comuníquese con la Agencia de Recursos e Información sobre Cuidado Infantil (CCR&R) si tiene preguntas o si necesita ayuda. Puede comunicarse con su CCR&R local llamando al 1-800-332-9227 o visitando el sitio web [www.ChildCareNJ.gov](http://www.ChildCareNJ.gov).

### IDENTIFICACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos de la **columna A**. Si no es posible conseguir un documento de la **columna A**, puede **enviar dos** documentos de la **columna B**:

#### COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Envíe uno:

- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno
- ☐ Tarjeta de identificación militar con fotografía
- ☐ Identificación con fotografía emitida por su empleador
- ☐ Identificación de estudiante con fotografía
- ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde)

O

#### COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Envíe dos:

- ☐ Diploma de estudios secundarios, diploma de educación general básica (GED) o diploma universitario
- ☐ Tarjeta de seguro de salud o tarjeta de medicamentos recetados
- ☐ Comprobante de pago impreso
- ☐ Certificado de nacimiento (del solicitante/cosolicitante o del niño)
- ☐ Tarjeta del Seguro Social

### DIRECCIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar su residencia\*:

- ☐ Contrato de alquiler/arrendamiento actual o comprobante de hipoteca
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Archivos escolares que demuestren residencia
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela
- ☐ Cuentas de servicios públicos
- ☐ Documentación médica
- ☐ Inscripción de vehículo, titularidad o licencia de conducir de NJ
- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (Para dependientes mayores de 18 años, debe enviar el formulario 1040 presentado ante IRS completo)

*\*Si usted o su niño no tienen vivienda o no tienen una dirección fija, comuníquese con su CCR&R para obtener asistencia.*

### RELACIONES Y TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

Para cualquier **niño que necesite servicios de cuidado infantil**, envíe la siguiente información para comprobar la relación:

- ☐ Certificado de nacimiento del niño
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)

Para cada **dependiente que viva en el hogar** y esté incluido en el tamaño de la familia, **envíe uno** de los documentos siguientes para verificar el tamaño de la familia:

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales de tutela (si aplica)
- ☐ Decreto judicial (si aplica)
- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo

Si el dependiente **es mayor de 18 años**, **envíe uno** de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:

- ☐ Los formularios tributarios más recientes que muestren los familiares a cargo (copio del formulario 1040 presentado ante IRS completo)
- ☐ Póliza de seguro médica mostrando cobertura para el dependiente
- ☐ Registros de inscripción escolar

# PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

## *Lista de documentación*

### ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Por cada niño que necesite cuidado, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento de los EE. UU.        | <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente permanente (Tarjeta verde)  |
| <input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía                       | <input type="checkbox"/> Formulario I-551 del USCIS (Tarjeta de residencia permanente)  |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte de los EE. UU. o tarjeta de pasaporte | <input type="checkbox"/> Documentos de viaje de refugiado (Formulario I-571)  |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social                       | <input type="checkbox"/> Formulario I-94 del USCIS/INS sellado como "refugiado", "persona con permiso de ingreso condicional", "asilado", o "aviso de acción" |

### INGRESOS

#### INGRESOS DEL EMPLEO:

- ☐ Debe presentar comprobantes de pago actuales equivalentes a un mes (p. ej.: 4 semanales, 2 quincenales, etc.)

**SOLO PARA NUEVO EMPLEO:** Si no tiene comprobantes de pago disponibles

- ☐ Una carta del empleador con membrete de la compañía (firmada/fecha). Debe incluir tarifas de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y la primera fecha de empleo; o
- ☐ Formulario "Verificación de empleo" de la DFD  
**Si se aprueba el subsidio, se le requerirá al solicitante/cosolicitante hacer un seguimiento con los comprobantes de pago.**

- ☐ **SOLO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES:** Enviar la transcripción fiscal actual del formulario 1040 Anexo C del IRS: "Ganancias o pérdidas del negocio"

- ☐ **SI NO PUEDE TRABAJAR o ESTÁ INCAPACITADO:** Formulario de la DFD "Verificación de incapacidad parental"

#### OTROS INGRESOS O

#### BENEFICIOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

La documentación debe mostrar la tasa y frecuencia de los ingresos recibidos de las fuentes que figuran abajo:

- ☐ Documentación de desempleo
- ☐ Documentación de pensión
- ☐ Compensación al trabajador
- ☐ Carta de concesión del Seguro Social
- ☐ Jubilación/Pensión
- ☐ Manutención del cónyuge/cuota alimenticia
- ☐ Beneficios militares/de veteranos
- ☐ Beneficios por incapacidad
- ☐ Pensión infantil – historial mínimo de 6 meses de pago/desembolso  
*(Nota: si la pensión infantil o la cuota alimenticia no fue ordenada judicialmente, escriba la cantidad que recibe de forma mensual en la Sección C de la solicitud)*
- ☐ Cualquier otro ingreso requerido a los fines de las declaraciones de impuestos federales/estatales

### ESCUELA/CAPACITACIÓN

Por cada solicitante/cosolicitante, **envíe uno** de los siguientes documentos:

- ☐ **ESCUELA:** Información detallada del cronograma escolar, con el nombre de la escuela y del alumno, incluidos los horarios y días de asistencia, los créditos y las fechas de inicio y finalización
- ☐ **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:** Carta con el membrete del programa (firmada/fecha) que indique el nombre del programa, las fechas de inicio y de finalización y el cronograma semanal

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

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN A:

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

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

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN B:

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

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

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN C

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN D:

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

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

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

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

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

### ► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN F:

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

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| <b>Community Coordinated Child Care of Union County</b><br><b>2 City Hall Plaza, 3rd Floor</b><br><b>Rahway, NJ 07065</b> |  | <b>N#</b> |
| <b>PROGRAM: DOE WRAPAROUND</b>  |  |           |

DHS/CC:1 (12/08)





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 considere 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

| 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"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?  |
| <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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: _____<br>Nombre de la agencia: _____ Núm. de teléfono: (____) _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?  |
| <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?  |
| <input type="checkbox"/> | <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)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para:<br><input type="checkbox"/> Asistencia de pago con <b>COMPROBANTES</b> <input type="checkbox"/> Servicios <b>CONTRATADOS</b> en un centro basado en la comunidad   |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no<br>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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco                               |                       |                     |
| ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |                       |                     |
| Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: <b>ESCUELA:</b> _____ <b>FECHA:</b> _____   |                       |                     |
| El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____  |                       |                     |
| ¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente   |                       |                     |
| USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/_____<br>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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco                               |                       |                     |
| ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |                       |                     |
| Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: <b>ESCUELA:</b> _____ <b>FECHA:</b> _____   |                       |                     |
| El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____  |                       |                     |
| ¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente   |                       |                     |
| USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/_____<br>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: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco                               |                       |                     |
| ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |                       |                     |
| Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: <b>ESCUELA:</b> _____ <b>FECHA:</b> _____   |                       |                     |
| El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____  |                       |                     |
| ¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente   |                       |                     |
| USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): <b>KC</b> _____/_____<br>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, CIUDADANÍA 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.





STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT

NEW JERSEY CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM  
**SPECIAL CARE POLICY**  
***PRIORTIIZING CHILDREN WITH DISABILITIES IN CHILD CARE***

**PARENT/GUARDIAN(S)**

When you have a child with a disability or special health-care needs, it can be challenging to find the right child care services. It is important to do your research and visit the child care provider to make sure the program can meet your child's unique needs.

It is the responsibility of the parent/guardian to provide supporting documentation from a licensed healthcare professional that is dated within the last 12 months.

You must submit the following to your local Child Care Resource and Referral (CCR&R) agency:

- Medical documentation signed by a licensed healthcare professional (such as a doctor/physician, psychologist, psychiatrist) that verifies your child's disability;
- OR**
- The "New Jersey Child Care Subsidy Program Child Verification Form" (CC-216) signed by a licensed healthcare professional (such as a doctor/physician, psychologist, psychiatrist) that verifies your child's disability.

**Note:** If you choose to submit a report from the school system, such as an Individualized Education Program (IEP) or Individualized Family Service Plan (IFSP), you must also submit the "New Jersey Child Care Subsidy Program Child Verification Form" (CC-216) signed by a licensed healthcare professional in order to verify your child's disability.

**CHILD CARE PROVIDERS**

The parent/guardian is responsible for submitting documentation of their child's disability to the CCR&R agency. The CCR&R agency will determine if the child(ren) meet the criteria of the "Disabled Child" definition and will authorize approval for the "Special Care Rate" (formerly known as the "Special Needs Rate").

In many instances, a new agreement may need to be reissued to the child care providers reflecting the new rate. A **"Disabled Child"** is defined as an individual who is less than 19 years of age who has a documented medical or physical impairment which reduces their ability to function independently; and who requires the personal services of a caretaker (child care provider) to maintain his or her basic level of functioning in an age-appropriate manner.

It is very important that all staff members participate in child development training, and any other specialized professional development training to appropriately meet the unique needs of each child.

Online Trainings are available for free or for a minimal fee through:

- The New Jersey Workforce Registry website at: <https://www.njccis.com/njccis/home> or;
- The New Jersey Child Care Subsidy Program website at: <http://www.childcarenj.gov/Providers/Training>



**State of New Jersey**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

## Child Verification Form

### Part 1: Completed by Parent

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Street Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

#### CONSENT TO RELEASE INFORMATION

I authorize the licensed health professional listed below to share information about my child's condition with the Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R). I understand that this form will only be used for verification purposes for the New Jersey Child Care Subsidy Program. I understand that if circumstances regarding my child's condition change, I must immediately notify my CCR&R.

Name of Parent: \_\_\_\_\_  
please print

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### PART 2: Completed by a Licensed Health Professional

**INSTRUCTIONS:** Please provide the information below to help us determine how we might meet the needs of this family. You may be contacted by the agency listed to verify this information.

Licensed Health Professional Name: \_\_\_\_\_  
please print

Licensed Health Professional Title: \_\_\_\_\_ License/Credential No: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### NOTICE TO LICENSED HEALTH PROFESSIONAL

By signing, I certify that the above named child has a documented medical or physical impairment which reduces his or her ability to function independently. This child requires the personal services of a caretaker to maintain his or her basic level of functioning in an age-appropriate manner. The information provided is true and accurate to the best of my understanding.

List Child Disability: \_\_\_\_\_

Licensed Health Professional Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### CCR&R USE ONLY

CCR&R Name/Address: \_\_\_\_\_

CCR&R Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) (Mes/Día/Año)  
*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.*  
**RAZA:** ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco  
**ETNICIDAD:** Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino  
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: \_\_\_\_\_  
El menor tiene una necesidad especial ☐ No ☐ Sí. *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* \_\_\_\_\_  
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? ☐ No ☐ Si. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

**USO DE LA AGENCIA:** Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente  
**USO DE DYFS** (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_  
Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**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):SCHOOL:**

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: **Mc-Kinney Vento**

Nombre del proveedor de CCR&R o CBC: **Community Coordinated Child Care of Union County**