

## **New Jersey Cares For Kids**

**Programa de subsidios para el cuidado de menores**

### **¿PREGUNTAS?**

**Llame 1 (800) 734-4810**

- Adjunto se encuentra su solicitud de elegibilidad para el programa de subsidios de cuidado de menores de New Jersey Cares for Kids. El programa de New Jersey Cares for Kids ayuda a las familias que trabajan para que puedan pagar el costo del cuidado de menores.
- **Los requisitos de elegibilidad para el programa de NJCK son los siguientes:**
  - ✓ Debe ser un residente del condado de Monmouth
  - ✓ Debe ser empleado de tiempo completo (por lo menos 30 horas por semana), asistir al colegio por tiempo completo (por lo menos 20 horas por semana)
  - ✓ O trabajar medio tiempo y asistir al colegio/capacitación o entrenamiento por medio tiempo
  - ✓ Debe cumplir con los lineamientos requeridos de ingreso
- Si necesita ayuda para encontrar cuidado de niños en su área, por favor comuníquese con nuestra oficina para que hable con nuestros especialistas de Recursos y Referidos.

#### **ASEGURARSE DE INCLUIR LOS SIGUIENTES:**

- **Un mes de talones de pago o su registro de estudios**
- **Documentación de ingresos adicionales, incluidos SSI, desempleo, seguro de incapacidad y manutención para menores**
- **Copias de seguro social y certificado de nacimiento por cada niño**
- **Prueba de cupones de alimentos (FoodStamps) y asistencia de vivienda si lo recibe**
- **Si recibe manutención para sus hijos a través de la corte por favor incluya copia de su orden.**
- **No se olvide de incluir co-solicitante (padre o adulto bajo la misma vivienda) (co-solicitante debe cumplir con las mismas normas de elegibilidad)**
- **Copia de comprobante de identidad. (ID), recibo de servicios de su hogar, contrato de arrendamiento.**

**POR FAVOR SEA CLARO EN SUS RESPUESTAS**

#### **NO SE ACEPTARÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS**

Las normas del programa de **New Jersey Cares for Kids** pueden cambiar en cualquier momento y pueden incluir cambios en las regulaciones de elegibilidad.

**INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES**

**GROSS ANNUAL INCOME FOR HOUSEHOLD CANNOT EXCEED:**

Family Size of 2: \$33,820

Family Size of 3: \$42,660

Family Size of 4: \$51,500

Family Size of 5: \$60,340

Family Size of 6: \$69,180

Family Size of 7: \$78,020

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA**

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Contestar a la dirección siguiente: CHILD CARE RESOURCES  
PO BOX 1234  
NEPTUNE NJ 07754-1234

**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.

Para cada fuente de ingreso, escriba si la información de ingreso se está dando por semana, cada dos semanas, mensual o anual. Incluya la pensión infantil y(o) la pensión alimenticia.

**PADRE O MADRE/SOLICITANTE**

Indique el ingreso bruto del(la) actual:

SEMANA 2 SEMANAS MES AÑO

**PADRE O MADRE/COSOLICITANTE**

Indique el ingreso bruto del(la) actual:

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: \_\_\_\_\_

**8. INGRESO BRUTO TOTAL**

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

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:

Trabajo  Escuela  Capacitación

Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

Marque uno y escriba:

Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem

Número de horas/semana y meses/año

Medio tiempo

para el trabajo/escuela/capacitación

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:

Trabajo  Escuela  Capacitación

Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

Marque uno y escriba:

Tiempo completo \_\_\_\_\_ Núm. horas/sem

Número de horas/semana y meses/año

Medio tiempo

para el trabajo/escuela/capacitación

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)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(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.
---	-----------------------------	--

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.1</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
(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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.2</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
(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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre completo del NIÑO Núm.3</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
(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.**

**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 NONBRE 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**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 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: \_\_\_\_\_



En Child Care Resources estamos comprometidos a ayudar a los niños y las familias prosperar, proporcionando asistencia financiera para familias elegibles, y informar a los padres de opciones de cuidado infantil disponibles y conectarlos con los recursos de la comunidad para apoyar el desarrollo saludable de toda la familia. Por favor tome un momento y complete este breve cuestionario para que podamos ayudarle mejor y ofrecer un servicio más personalizado. (Cualquier información que comparta se mantendrá estrictamente confidencial).

**Dirección de correo electrónico;** \_\_\_\_\_

### **Necesidades básicas:**

1. ¿Esta su hijo actualmente usando pañales? Sí No
  - ¿Actualmente reciben donaciones de pañales de otras agencias? Sí No
  - ¿Qué tamaño de pañales lleva su niño? \_\_\_
  - Estimado número de pañales usados semanalmente? \_\_\_
  - ¿Desea consultar su información a un banco local de pañal para ver si usted es elegible para recibir donaciones de pañales? Sí No Sí No
2. ¿Tiene problemas con los gastos de vivienda
  - Facturas de calefacción Sí No Las facturas de electricidad Sí No  
Vivienda/ Renta Sí No
3. ¿Sientes que eres capaz de satisfacer las necesidades nutricionales básicas para tu niño familia? Sí o No
  - ¿Está usted familiarizado con el programa WIC (mujeres, infantes y niños) programa? Sí No
  - ¿Necesita referidos para bancos de alimentos locales o despensas? Sí No
  - ¿Necesita referencias para ayuda con sus gastos de vivienda? Sí No

### **Seguro de salud y otros servicios relacionados:**

1. ¿Es usted un destinatario de NJ Family Care u otros planes de salud subsidiados por el estado? Si No
  - Si no ¿desea obtener más información sobre el programa de NJ Family Care? Sí o No
2. ¿Esta su hijo alcanzando hitos fundamentales del desarrollo? Gatear, caminar y hablar? Si No
  - ¿Está seguro acerca de la pregunta anterior? Si No
  - ¿Desea más información? Sí No
3. ¿Necesita referidos para servicios de salud mental? Sí No
4. ¿Quieres referidos de apoyo de depresión postparto? Sí No
5. ¿Usted o su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial que necesita referidos para apoyo? Si No

**Otros:**

1. ¿Usted está todavía teniendo problemas de (vivienda, monetario, o el estrés y el afrontamiento) relacionadas con la Tormenta Sandy? Sí No

2. ¿Le gustaría referidos para ropa? Sí No

3 ¿Le gustaría referidos para abrigos? Sí No

4 ¿Le gustaría referidos para juguetes? Sí No

5 ¿Le gustaría referidos para asistencias legales? Sí No

Si necesita más referidos de la comunidad por favor indiquen qué tipo de referidos requiere:

---

---

---

**For Official Use Only:**

Community Referrals Provided:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diaper Bank               | <input type="checkbox"/> Early Intervention       | <input type="checkbox"/> Toys                    |
| <input type="checkbox"/> Utility Assistance        | <input type="checkbox"/> Mental Health            | <input type="checkbox"/> Legal Aid Services      |
| <input type="checkbox"/> Housing/Rental Assistance | <input type="checkbox"/> Post-Partum Support      | <input type="checkbox"/> MCDSS General           |
| <input type="checkbox"/> WIC                       | <input type="checkbox"/> Disability/Special Needs | <input type="checkbox"/> Homelessness Prevention |
| <input type="checkbox"/> Food Bank/Pantries        | <input type="checkbox"/> Sandy                    | <input type="checkbox"/> DCP&P Abuse/Neglect     |
| <input type="checkbox"/> SNAP - MCDSS              | <input type="checkbox"/> Clothing                 | <input type="checkbox"/> Advocacy                |
| <input type="checkbox"/> Health Insurance          | <input type="checkbox"/> Coats                    | <input type="checkbox"/> SPAN                    |
| <input type="checkbox"/> Other (please describe)   |   |  |

---

---

---

---

---

NW#: \_\_\_\_\_

Number of referrals given: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

Subsidy Case Manager: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_





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

**\*\*\* MEDIDAS NECESARIAS CON RESPECTO A SU SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL \*\*\***

Se adjunta la **Descalificación De los Servicios** para la Política de Padres expedido por el Estado de Nueva Jersey, División de Desarrollo Familiar. Esta política es efectiva inmediatamente. Por favor, lea cuidadosamente, firme abajo y regresar para su archivo. **Esto se debe de regresar de inmediato.**

Esta política detalla los pasos que se tomarán para suspender los servicios de cuidado infantil para los clientes por las siguientes razones: falta de uso de ECC correctamente, no reportar todas las fuentes de ingresos, la falta de informar con precisión los ingresos, la falta de notificación dentro de 10 días cualquier cambio en su casa o circunstancias que cambian la elegibilidad, etc. Violaciones de estas sanciones van desde la pérdida de los servicios de cuidado de niños de un mes a la terminación de un año.

Es importante que nuestros clientes sepan esta política ya que estaremos aplicándola. Una vez más, por favor, lea cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nosotros.

Atentamente,

Kim Telesca  
Subsidy Programs Manager  
732-918-9901 ext. 111  
[Ktelesca@ccrnj.org](mailto:ktelesca@ccrnj.org)

**Firme abajo y volver en el sobre adjunto. Debido a su recepción**

**\*\*Por favor escriba claramente\*\***

**Acuso recibo de la Política de Cuidado Infantil En cuanto a la descalificación de los Servicios de los Padres.**

**Nombre Imprimir Cliente:** \_\_\_\_\_ **Familia ID / Caso #:** \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Co-Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_



**State of New Jersey**

Department of Human Services  
Division of Family Development  
PO BOX 716  
Trenton, NJ 08625-0716

**JENNIFER VELEZ**  
*Comisionada*

**JEANETTE PAGE-HAWKINS**  
*Directora*  
TEL.: (609) 588-2000

**CHRIS CHRISTIE**  
*Gobernador*

**KIM GUADAGNO**  
*Viceregobrador*

7 de julio de 2014

**A: DIRECTORES DE RECURSOS E INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO  
INFANTIL (CCR&R)  
DIRECTORES DE LA AGENCIA DE BIENESTAR DEL CONDADO**

**ASUNTO: POLÍTICA DE CUIDADO INFANTIL SOBRE LA DESCALIFICACIÓN DE  
LOS SERVICIOS PARA PADRES**

**Instrucción de DFD N.º 14-07-01**

**Rescisión de: DFDI 12-10-04 y 14-06-03**

**Referencias reglamentarias: N.J.A.C. 10:15-6.14; N.J.A.C. 10:15-6.15; N.J.A.C.  
10:15-9; N.J.A.C. 10:15-10.4**

**Esta instrucción afectará todos los programas de cuidado infantil de la División  
de Desarrollo Familiar (DFD, por sus siglas en inglés).**

**PROPÓSITO**

Brindar orientación y aclaraciones a las agencias de Recursos e Información sobre  
Cuidado Infantil (CCR&R, por sus siglas en inglés) respecto de la descalificación de los  
servicios de cuidado infantil para padres.

**ANTECEDENTES**

Se exige que los padres o solicitantes cumplan, en todo momento, con las políticas y  
las reglamentaciones del programa de cuidado infantil subsidiado de New Jersey.

Todo tipo de violación del programa someterá a un padre o solicitante a sanciones que  
pueden incluir la descalificación, la suspensión, el rechazo en el momento de la

solicitud o presentación de una nueva solicitud, la investigación penal y/o la recuperación del pago, si la CCR&R o el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés)/la DFD determinan que el padre o solicitante violó las políticas y las reglamentaciones del programa de cuidado infantil subsidiado de New Jersey.

## **PROCESO DE DESCALIFICACIÓN**

Podrá advertirse a la División de Desarrollo Familiar (DFD) del Departamento de Servicios Humanos y/o a la CCR&R respecto de un caso de violación del programa mediante una variedad de medios, como por ejemplo una llamada telefónica, una carta, un mensaje de correo electrónico, un artículo de periódico, una emisión de noticias televisivas, conocimiento personal o a través de las bases de datos del estado usadas durante el proceso normal de determinación y redeterminación de la elegibilidad de un solicitante. Posteriormente, la CCR&R llevará a cabo una investigación para determinar si la violación del programa está comprobada. La CCR&R podrá solicitar orientación por parte de la DFD en los casos en los que se necesiten aclaraciones.

Un caso comprobado de violación del programa derivará en la suspensión o descalificación del subsidio de cuidado infantil y hará que el padre o solicitante no sea elegible para solicitar, volver a solicitar y/o recibir cuidado infantil subsidiado durante un período específico en función de la cantidad y el tipo de violaciones.

Un padre o solicitante puede apelar la decisión de suspender o finalizar el subsidio de cuidado infantil.

A continuación, se describen los pasos que se deben tomar para suspender o descalificar el subsidio de cuidado infantil de un padre o solicitante debido a diversas violaciones.

### **Violaciones generales del programa**

Las violaciones del programa que pueden derivar en la suspensión o descalificación incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

(1) No informar en un plazo de diez (10) días calendario cualquier cambio en el tamaño o la composición familiar, los ingresos de la familia o cualquier otra **circunstancia que cambie la elegibilidad**, como por ejemplo el estado laboral, escolar o de capacitación o la obtención de ingresos que superen los requisitos de nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) específicos del programa, etc.

(2) No informar correctamente todas las fuentes de ingresos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a, no informar múltiples fuentes de ingresos (múltiples empleadores), o un aumento o disminución en la paga o el salario, pagos de pensión infantil o cuota alimenticia, compensación por desempleo, compensación al trabajador, pensión, Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), beneficios para supervivientes o cualquier otro ingreso.

(3) No informar correctamente la cantidad de los ingresos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a, no informar las cantidades correctas de ingresos provenientes de un empleo independiente, alquiler de propiedades, o cambiar o alterar la información de los comprobantes de pago.

(4) No informar correctamente la cantidad de miembros del hogar a quienes se debe tener en cuenta para determinar la composición familiar o del hogar. Un ejemplo de esto incluye, pero no se limita a, no informar que un cónyuge u otro padre o tutor vive en el hogar.

### **ECC: violación del programa**

El incumplimiento del documento Acuerdo y Responsabilidades del Padre y el Proveedor para e-Child Care puede derivar en un aviso de advertencia, la suspensión o descalificación.

## **SANCIONES Y PROCEDIMIENTOS**

### **Aviso de advertencia**

Tras obtener evidencia de una violación del programa de e-Child Care, la CCR&R cuenta con siete (7) días calendario para enviar una carta de advertencia (consulte documento adjunto) a los padres y ofrecerles capacitación. Se exige que la CCR&R notifique por escrito a los proveedores respecto de la advertencia a los padres. Para los casos del programa Work First New Jersey (WFNJ), también se deben enviar copias de todos los avisos a la Agencia de Bienestar del Condado (CWA, por sus siglas en inglés). El padre o solicitante tendrá hasta dos semanas (14 días) desde la fecha de la carta de advertencia para asistir a la capacitación y solucionar la medida mediante la demostración de un uso consistente de ECC. Para documentar el cumplimiento o incumplimiento, la CCR&R debe imprimir el informe de transacción correspondiente a ese período de dos semanas una vez que se haya cerrado el período de nueva lectura de la tarjeta de 14 días.

### **Sanciones por violaciones de ECC y el programa general**

#### **Aviso de advertencia**

Tras obtener evidencia y/o recibir la notificación de una violación del programa, la CCR&R cuenta con siete (7) días calendario para enviar una carta de advertencia (consulte documento adjunto) a los padres o tutores. La CCR&R tiene la responsabilidad de tomar la medida necesaria para determinar si el padre o tutor continúa siendo elegible y si se requiere el reembolso de los fondos.

#### **Primera violación (excepto fraude): descalificación por un (1) mes**

Tras completar la descalificación por un mes, si el caso es elegible, se aplicarán las normas de redeterminación. El nivel de elegibilidad es del 250 % del nivel federal de pobreza (FPL) o inferior (350 % a 500 % del FPL para Kinship). Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la descalificación.

### **Segunda violación (excepto fraude): descalificación por tres (3) meses**

Tras completar la descalificación por tres meses, si el caso es elegible, se aplicarán las normas de redeterminación. El nivel de elegibilidad para la redeterminación es del 250 % del FPL o inferior (350 % a 500 % del FPL para Kinship). Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la descalificación.

### **Tercera violación y/o fraude: suspensión por un máximo de doce (12) meses y/o descalificación permanente**

Si la violación no ha derivado en la descalificación permanente, el padre podría estar sujeto a una suspensión de hasta doce (12) meses, período después del cual el padre o solicitante debe volver a presentar la solicitud y su nivel de elegibilidad será del 200 % del FPL o inferior.

Los casos de fraude o violaciones del programa que pueden estar sujetos a una suspensión de hasta doce (12) meses incluyen los siguientes:

- (1) No proporcionar la información requerida en relación con una nueva solicitud o un caso de subsidio de cuidado infantil actual, o proporcionar información falsa o distorsionada relacionada con estos, o bien realizar una tergiversación deliberada de tal información. (Esto también puede derivar en la negación de cualquier subsidio y la remisión a agencias federales, estatales o locales para acciones judiciales civiles o penales, embargo de pagas o intercepción de impuestos, así como agencias privadas de colección de reclamaciones para llevar a cabo acciones de reclamaciones que impliquen reembolso y recuperación de fondos).
- (2) Informar la asistencia de los niños como presentes cuando en realidad estos están ausentes.
- (3) Usar de manera indebida y reiteradas veces la tarjeta de ECC, lo que deriva en varias violaciones.
- (4) Violar reiteradas veces el programa general, lo que deriva en varias violaciones.

Los casos de WFNJ requerirán un aviso por escrito a la CWA y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la suspensión de hasta doce (12) meses.

### **Procedimientos de apelación:**

Todo padre que reciba un aviso de descalificación de CCR&R tiene el derecho de solicitar una revisión de su caso por parte de la CCR&R y/o DFD. La CCR&R debe informar al padre acerca de su derecho de solicitar una revisión. Se debe realizar una solicitud oportuna en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha del aviso de descalificación. Consulte la información adjunta sobre los derechos de apelación.

### **FISCAL**

La CCR&R debe establecer un Acuerdo de reembolso por servicios de cuidado infantil con el padre si se descubre que se realizó un pago en exceso como consecuencia de una violación del programa o un caso de fraude. La CCR&R debe conservar una copia

del Acuerdo de reembolso por servicios de cuidado infantil en el registro de caso familiar.

La CCR&R cobrará y depositará en un banco todos los cobros de los pagos en exceso que reciba de parte del padre durante el mes. Al final del mes, la CCR&R emitirá un cheque por los cobros recibidos de los clientes durante el mes anterior. El cheque deberá emitirse pagadero a la orden de "Treasurer State of New Jersey" y enviarse por correo a Division of Family Development, Attention: Robert Hughes, Financial Reporting Unit. Asimismo, la CCR&R enviará un informe detallado junto con el cheque en el que se identificará al cliente, la cantidad y el componente contractual específico (vía de financiamiento) para el cual se aplica la devolución. Consulte la plantilla del informe que se adjunta.

### **CAPACITACIÓN**

La DFD se reunirá de manera continua con la CCR&R y su personal del área de Políticas para garantizar que esta política sea clara y se haya comprendido.

### **PROMOCIÓN Y NOTIFICACIÓN**

La CCR&R tiene la obligación de informar a las familias por escrito respecto de esta política. La CCR&R tiene la obligación de asegurarse de que las familias hayan recibido la notificación por escrito. Se debe colocar una verificación por escrito en el expediente del caso antes de tomar cualquier medida adversa. Los casos de WFNJ requieren una notificación por escrito y la verificación de que la CWA obtuvo conocimiento de la situación antes de tomar cualquier medida adversa.

### **GENERACIÓN DE INFORMES**

La CCR&R supervisará y hará un seguimiento de todos los padres o solicitantes para quienes se hayan suspendido o finalizado los subsidios de cuidado infantil como consecuencia de una violación del programa y enviará informes trimestrales al especialista en cuidado infantil y a la persona designada que se encarga de los informes.

Atentamente.



Jeanette Page-Hawkins  
Directora

# PLANES DE CUIDADO POR 12 MESES DEL NIÑO

El programa NJCK requiere la creación de un plan de cuidado de niños durante un período de 12 meses (incluyendo verano) antes de hacer los pagos de subsidios en su nombre. Tu plan establecerá la cantidad de dinero de cuidado de niños de su familia necesitará durante ese año. Si usted no sigue el plan de enviar, es posible que no reservar suficiente dinero para su familia.

**ID De Familia:** \_\_\_\_\_

**Niño:** \_\_\_\_\_

## Nombre del proveedor de cuidado infantil o Nombre del centro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Horario de cuidado necesitada (POR FAVOR COMPLETE)

DOMINGO	LUNES	MATES	MIRCOLES	JUEVE	VIERNE	SABADO

## PLAN DE CUIDADO DE VERANO

*COMPLETAR ESTA SECCIÓN SÓLO SI CUIDADO DE SU HIJO VA A CAMBIAR PARA EL VERANO*

## Nombre del proveedor de cuidado infantil o Nombre del centro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Horario de cuidado necesitada (POR FAVOR DE COMPLETETAR)

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

**Fechas este niño estará en el cuidado de verano:** Desde \_\_\_\_\_ 2018 hasta \_\_\_\_\_ 2017  
(mes y día) (mes y día)

Por favor, Tenga en cuenta: Si su hijo requiere un cuidado en los días ½ y las vacaciones de durante el años la escuela, usted será responsable por pagar por el costo adicional de la atención. Además, echa un el costo de la atención. Si el costo de su proveedor es más que la tasa máxima permisible, es posible que tenga que pagar el equilibrio. Este equilibrio se llama un exceso tarifa de y debe ser pagado en adición a su copago. Este programa no es responsable de ninguna tasas adicionales cobrados por los proveedor de cuidado infantil.



# PLANES DE CUIDADO POR 12 MESES DEL NIÑO

El programa NJCK requiere la creación de un plan de cuidado de niños durante un período de 12 meses (incluyendo verano) antes de hacer los pagos de subsidios en su nombre. Tu plan establecerá la cantidad de dinero de cuidado de niños de su familia necesitará durante ese año. Si usted no sigue el plan de enviar, es posible que no reservar suficiente dinero para su familia.

**ID De Familia:** \_\_\_\_\_

**Niño:** \_\_\_\_\_

## Nombre del proveedor de cuidado infantil o Nombre del centro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Horario de cuidado necesitada (POR FAVOR COMPLETE)

DOMINGO	LUNES	MATES	MIRCOLES	JUEVE	VIERNE	SABADO

## PLAN DE CUIDADO DE VERANO

*COMPLETAR ESTA SECCIÓN SÓLO SI CUIDADO DE SU HIJO VA A CAMBIAR PARA EL VERANO*

## Nombre del proveedor de cuidado infantil o Nombre del centro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Horario de cuidado necesitada (POR FAVOR DE COMPLETETAR)

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

**Fechas este niño estará en el cuidado de verano:** Desde \_\_\_\_\_ 2018 hasta \_\_\_\_\_ 2017  
(mes y día) (mes y día)

Por favor, Tenga en cuenta: Si su hijo requiere un cuidado en los días ½ y las vacaciones de durante el años la escuela, usted será responsable por pagar por el costo adicional de la atención. Además, echa un el costo de la atención. Si el costo de su proveedor es más que la tasa máxima permisible, es posible que tenga que pagar el equilibrio. Este equilibrio se llama un exceso tarifa de y debe ser pagado en adición a su copago. Este programa no es responsable de ninguna tasas adicionales cobrados por los proveedor de cuidado infantil.

**ATTENTION: If you need your copay reduced because of a change in your family circumstances, please submit this form within 10 DAYS of the change.**

Today's Date:

CC-198 (Rev. 4/17)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Month Day Year

## New Jersey Child Care Subsidy Program NOTIFICATION OF CHANGE FORM (C)

**Instructions** – Notify your Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R) of any changes by completing and submitting this form to the address listed below.

<b>Name of Applicant:</b> _____ <b>Address:</b> _____ <b>Name of Co-Applicant:</b> _____ <b>Family Identifier:</b> _____	<b>Please mail this form to:</b> <b>Child Care Resources</b> <b>3301C Rt. 66</b> <b>PO BOX 1234</b> <b>Neptune, NJ 07754</b>
--	--

<b>The Below Change Occurred on:</b> _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">             _____ Month _____ Day _____ Year           </div>	<input type="checkbox"/> <b>I Need a Copay Reassessment</b>
---	---

**STATUS CHANGE**

Termination of Employment/School/Training: \_\_\_\_\_  
(Name of Employer, School/Training Site)

Medical Leave/Family Leave/Maternity Leave

Seasonal Work/ School Break

Reduced Hours/School/Training      New Weekly Hours: \_\_\_\_\_      New School Credits (Total): \_\_\_\_\_

Wage Reduction or Increase      New Wage Amount: \_\_\_\_\_       Weekly       Bi-weekly       Monthly       Other \_\_\_\_\_

**Policy Reminder – Families with income that exceeds 85% of State Median Income during the eligibility period will not be eligible for child care assistance.**

The information in the chart below is based on the FY 2016 Annual Update of the Department of Health & Human Services Poverty Guidelines and FY 2016 Department of Justice Census Bureau data on Median Family Income by Family Size.

<b>If Your Family Size is</b>	⇒	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>Your Income Cannot Exceed</b>	⇒	<b>\$56,711</b>	<b>\$68,257</b>	<b>\$85,939</b>	<b>\$104,103</b>	<b>\$111,243</b>	<b>\$118,383</b>	<b>\$125,523</b>	<b>\$132,663</b>	<b>\$139,803</b>	<b>\$146,943</b>	<b>\$154,083</b>	<b>\$161,223</b>

Note: If Your Family Size is more than 12, Each Additional= \$7,140

**HOUSEHOLD SIZE CHANGE**

New Birth or Adoption       Eligible Dependent (Adult Over age 18)       Marriage       Divorce/Separation       Death       Other: \_\_\_\_\_

Household Size Change							
	Name	DOB	Sex	SSN		Add	Remove
Child						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-Applicant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependent						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**This is to certify that I experienced the above change and wish to update my family status as indicated on this form.**

- I understand that if I wish to have my co-pay reassessed due to a change in circumstance, I must submit my request within 10 days of the change.
- I understand that if I experience a change in my employment/school/training status that exceeds three months, I must immediately notify the Child Care Resource and Referral Agency listed above.
- I understand that DFD or its designee reserves the right to verify status changes during the eligibility period and that I may be required to provide documentation according to child care policy.
- I understand that I could face adverse action, which may include termination of child care services and payment recoupment if I misrepresent any information provided on this form.

<b>Applicant Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Co-Applicant Signature</b>	<b>Date</b>

**AGENCY USE ONLY:**

<b>CCR&amp;R Authorizing Signature</b>	<b>Date</b>
--	-------------

