



3301C Route 66 PO Box 1234 Neptune NJ 07754-1234
732-918-9901 Fax 732-918-9902 www.ccrnj.org

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), O 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 su administrador de caso de subsidio.
- Una vez este recibiendo el subsidio de cuidado infantil, cualquier cambio debe ser informado dentro de 10 días a su administrador de caso de subsidio.

NO SE ACEPTARÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS

ASEGURARSE DE INCLUIR LOS SIGUIENTES:

- Un mes de talones de pago o su registro de estudios. Si su empleo es nuevo incluya una carta de su empleador.
- Documentación de ingresos adicionales, incluidos SSI, desempleo, seguro de incapacidad y manutención para menores.
- Si recibe manutención a través de la corte por favor incluya copia de su orden. Si tiene acuerdo personal mutuo, envíe la carta del padre/madre indicando los detalles de los acuerdos de pago.
- Copias de la tarjeta del seguro social y certificado de nacimiento por cada niño de la familia.
- Comprobante de cupones de alimentos (FoodStamps) y asistencia de Vivienda, si lo recibe.
- Si trabaja independiente, incluya una copia del formulario 1040 Anexo C del IRS y la transcripción fiscal más reciente. Esto es a través de IRS.
- 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 del comprobante de residencia (recibo de servicios de su hogar, contrato de arrendamiento y copia del comprobante de identidad (ID))

POR FAVOR SEA CLARO EN SUS RESPUESTAS

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

GROSS ANNUAL INCOME FOR HOUSEHOLD CANNOT EXCEED:

Family Size of 2: \$39,440

Family Size of 3: \$49,720

Family Size of 4: \$60,000

Family Size of 5: \$70,280

Family Size of 6: \$80,560

Family Size of 7: \$90,840

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 _____ **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 **PADRE O MADRE/COSOLICITANTE**
Indique el ingreso bruto del(la) actual: *Indique el ingreso bruto del(la) actual:*

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: _____

SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO

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)?
(Marque una)		11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: <input type="checkbox"/> Asistencia de pago con COMPROBANTES <input type="checkbox"/> Servicios CONTRATADOS en un centro basado en la comunidad
		12. ¿Tienen todos los niños de esta familia beneficios de seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó que NO, desea recibir un formulario de solicitud para el NJ Family Care? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

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

Nombre completo del NIÑO Núm.1	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)
<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.</i>		
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: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i>		
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.): KC _____/____		
Programa: ____ Código: ____ Componente: ____ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ __ Semanal \$ __ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____		

Nombre completo del NIÑO Núm.2	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)
<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.</i>		
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: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i>		
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.): KC _____/____		
Programa: ____ Código: ____ Componente: ____ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ __ Semanal \$ __ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____		

Nombre completo del NIÑO Núm.3	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	____/____/____
(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)
<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.</i>		
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: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación</i> _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. <i>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).</i>		
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.): 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 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 _____ Mensua _____ 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 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: _____ Codigo: _____ 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 a prosperar, proporcionando asistencia financiera para familias elegibles, e informar a los padres de opciones de cuidado infantil disponibles. Así como conectarlos con los recursos en 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).

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Necesidades básicas:

1. ¿Esta su hijo actualmente usando pañales? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO:

- ¿Actualmente reciben donaciones de pañales de otras agencias? Sí No
- ¿Qué tamaño de pañales lleva su niño? _____
- ¿Desea que compartamos su información con un banco local de pañal para ver si usted es elegible a recibir donación de pañales? Sí No

2. ¿Tiene problemas con los gastos de vivienda?

EN CASO AFIRMATIVO:

- Facturas de calefacción Sí No
- Las facturas de electricidad Sí No
- Vivienda/ Renta Sí No
- Otro: Sí No Si es si Explique: _____

3. ¿Sientes que eres capaz de satisfacer las necesidades nutricionales básicas para tu niño(a) o familia? Sí No

EN CASO DE NO:

- ¿Está usted familiarizado con el programa WIC (mujeres, infantes y niños)? Sí No
- ¿Necesita referidos para bancos de alimentos locales o despensas? Sí No
- ¿Está usted familiarizado con el programa de SNAP/MCDSS o Food Stamps? 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? Sí No

- Si no ¿desea obtener más información sobre el programa de NJ Family Care? Sí No

2. ¿Esta su hijo alcanzando las etapas fundamentales del desarrollo? Gatear, caminar y hablar u otros?

Sí No No estoy seguro

3. ¿Le gustaría que lo refiramos a una evaluación de desarrollo (ASQ-3) para identificar los retos y fortalezas de su hijo(a)? Sí No

4. ¿Usted o su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial que necesita referidos de apoyo? Sí No

5. ¿Necesita referidos para servicios de salud mental? Sí No
 6. ¿Quieres referidos de apoyo de depresión postparto? Sí No

Otros:

1. ¿Usted está todavía teniendo problemas de (vivienda, monetario, o el estrés) relacionadas con el virus COVID-19?
 Sí No
2. ¿Le gustaría referidos sobre aprendizaje a distancia? Sí No
3. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el trabajo a distancia para uds? Sí No
4. ¿Le gustaría referidos de apoyo para el duelo o pérdida de algún ser querido? Sí No
5. ¿Le gustaría referidos para : Ropa/Vestido: Sí No Abrigos: Sí No
 Juguetes: Sí No Recursos 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 (write down number):

<input type="text"/> Diaper Bank	<input type="text"/> COVID-19	<input type="text"/> Legal Aid Services
<input type="text"/> Utility Assistance	<input type="text"/> Health Insurance	<input type="text"/> Early Intervention
<input type="text"/> Housing/Rental Assistance	<input type="text"/> Mental/Emotional Health	<input type="text"/> Developmental Screening
<input type="text"/> WIC	<input type="text"/> Post-Partum Support	<input type="text"/> Homelessness Prevention
<input type="text"/> Food Bank/Pantries	<input type="text"/> DCP&P Abuse/Neglect	<input type="text"/> MCDSS General
<input type="text"/> Clothing	<input type="text"/> Disability/Special Needs	<input type="text"/> SPAN
<input type="text"/> Coats	<input type="text"/> Advocacy	<input type="text"/> SNAP - MCDSS
<input type="text"/> Toys	<input type="text"/> Remote Learning (kids)	<input type="text"/> Remote Working
<input type="text"/> School Supplies	<input type="text"/> FSC	
<input type="text"/> Other (please describe): _____		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

WLS #: _____ Total number of referrals given: _____

Program: _____ Staff Initials: _____

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

página dejada en blanco intencionalmente

PLANES DE CUIDADO ANUAL

Por favor llene este plan anual de cuidado para cada uno de los niños que requieran subsidio



Nombre del Solicitante: _____

Por favor indique sus horas de trabajo/escuela que asiste cada día (ej. 9:00 am – 5:00 pm)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique las horas que necesita cuidado para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Identifique las fechas que necesitara cuidado infantil:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- Centro de cuidado infantil
- Head Start
- Cuidado antes y/o después de la escuela
- Proveedor de cuidado infantil familiar
- Proveedor de cuidado en casa
- Campamento de Verano
- Programa preescolar del departamento de educación

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

PLANES DE CUIDADO DURANTE EL VERANO



*****LLENE ESTA FORMA SOLO SI SUS NECESIDADES DE CUIDADO CAMBIAN DURANTE EL VERANO*****

Por favor indique las horas de cuidado que necesitara para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Indique las fechas que el cuidado de verano será requerido:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Cuidado antes y/o después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado en casa | |
| <input type="checkbox"/> Campamento de Verano | <input type="checkbox"/> Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

****Por favor tome en cuenta:** Si su hijo(a) requiere cuidado en ½ días, festivos o vacaciones durante el año escolar, usted será responsable de pagar cualquier gasto adicional al costo de este tipo de cuidado. Recuerde checar **el costo total por cada uno de sus hijos**. Si el costo de su proveedor de cuidado infantil es mayor que el pago máximo permitido usted será responsable por el saldo. Este saldo se denomina cargo por exceso y debe pagarse además de su copago. Este Programa no es responsable de ninguna tarifa adicional cobrada por el proveedor de cuidado infantil, incluidas, entre otras, las tarifas de transporte y actividades.

For Official Use Only

Care Plans were Completed: In person with applicant(s) Date: _____

By phone with applicant(s) Date: _____

SCM: _____ Family ID#: _____ WLS #: _____

PLANES DE CUIDADO ANUAL

Por favor llene este plan anual de cuidado para cada uno de los niños que requieran subsidio



Nombre del Solicitante: _____

Por favor indique sus horas de trabajo/escuela que asiste cada día (ej. 9:00 am – 5:00 pm)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique las horas que necesita cuidado para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Identifique las fechas que necesitara cuidado infantil:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- Centro de cuidado infantil
- Head Start
- Cuidado antes y/o después de la escuela
- Proveedor de cuidado infantil familiar
- Proveedor de cuidado en casa
- Campamento de Verano
- Programa preescolar del departamento de educación

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

PLANES DE CUIDADO DURANTE EL VERANO



*****LLENE ESTA FORMA SOLO SI SUS NECESIDADES DE CUIDADO CAMBIAN DURANTE EL VERANO*****

Por favor indique las horas de cuidado que necesitara para su hijo(a)

Domingo: _____

Lunes: _____

Martes: _____

Miércoles: _____

Jueves: _____

Viernes: _____

Sabado: _____

Indique las fechas que el cuidado de verano será requerido:

A partir de: _____ (mes/día/año)

Hasta: _____ (mes/día/año)

Tipos de cuidado Infantil que puede elegir

Por favor selecciona el tipo de proveedor de cuidado que esta considerando. Si ya a seleccionado un programa de cuidado, por favor complete la información del programa en espacio provisto

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Cuidado antes y/o después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado en casa | |
| <input type="checkbox"/> Campamento de Verano | <input type="checkbox"/> Programa preescolar del departamento de educación | |

Proveedor de cuidado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

****Por favor tome en cuenta:** Si su hijo(a) requiere cuidado en ½ días, festivos o vacaciones durante el año escolar, usted será responsable de pagar cualquier gasto adicional al costo de este tipo de cuidado. Recuerde checar **el costo total por cada uno de sus hijos**. Si el costo de su proveedor de cuidado infantil es mayor que el pago máximo permitido usted será responsable por el saldo. Este saldo se denomina cargo por exceso y debe pagarse además de su copago. Este Programa no es responsable de ninguna tarifa adicional cobrada por el proveedor de cuidado infantil, incluidas, entre otras, las tarifas de transporte y actividades.

For Official Use Only

Care Plans were Completed: In person with applicant(s) Date: _____

By phone with applicant(s) Date: _____

SCM: _____ Family ID#: _____ WLS #: _____

***** 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
Vicegobernador

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

Forma de Notificación de Cambio

En noviembre 2014, El Congreso reautorizó el bloque de subvención para el Desarrollo de Cuidado Infantil (CCDBG). Históricamente los cambios en las circunstancias familiares han impactado la elegibilidad. Cambios como; paro temporal de trabajo debido a circunstancias médicas, maternidad, pérdida de trabajo o escuela.

La ley ahora previene que ciertos cambios en las circunstancias de la familia impacten su elegibilidad.

La forma de Notificación de Cambio anexa a este documento es para que usted la retenga y la pueda usar en caso de que haya algún cambio en las circunstancias de su familia que puedan impactar su elegibilidad al programa. Los cambios que deben ser reportados incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Pérdida/terminación de empleo/entrenamiento o escuela
- Ausencia médica/Ausencia por circunstancias familiares o maternidad
- Trabajo por temporada/vacaciones escolares
- Reducción de hrs: Empleo/Escuela/Entrenamiento
- Reducción /incremento de salario
- Cambio en el número de individuos/personas en su familia

Por favor note que si tiene algún cambio que pueda afectar su elegibilidad lo debe reportar con 10 días hábiles. Esta forma le facilita reportar los cambios ya que menciona los cambios que puedan ocurrir en los 12 meses de su periodo elegibilidad. Le permite a nuestro personal determinar si su cambio está cubierto bajo esta nueva ley y podemos hacer los ajustes pertinentes a sus contratos. Si usted no reporta el cambio puede estar sujeto a el reembolso de su contrato o la terminación de servicios.

Si tiene preguntas sobre esta política o cualquier otra política por favor contacte a nuestro Gerente de ECC y reforzamiento de políticas, Abbie Pomerantz a la ext. 136 a o a su Administrador de Caso.

**!!!ESTA FORMA NO TIENE QUE SER DEVUELTA CON ESTE PAQUETE,
POR FAVOR MANTENGALA PARA USO EN CASO DE ALGUN CAMBIO!!!**

ATENCIÓN: Si usted necesita una reducción en su copago por algún cambio en las circunstancias de su familia, por favor entregue esta forma a **10 días** del cambio.

Fecha de hoy:

CC-198 (Rev. 3/22)

____/____/____
Mes Día Año

**New Jersey Child Care Subsidy Program
Forma de Notificación de Cambios (C)**

Instrucciones – Notifique a su Agencia de Child Care Resource and Referral (CCR&R) de cualquier cambio llenando esta forma y mandándola a la dirección siguiente:

Nombre del solicitante: _____ Dirección: _____ Nombre del co-solicitante : _____ Núm. de Identificador familiar: _____	Por favor envíe esta forma a: Child Care Resources 3301C Rt. 66 PO BOX 1234 Neptune, NJ 07754
--	--

El cambio ocurrió: ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small>	<input type="checkbox"/> Necesito una reevaluación de mi copago
--	--

SITUACION DE SU CAMBIO:

Terminación of Empleo/Escuela/Entrenamiento: _____
(Nombre del empleador/ Escuela/ Lugar de entrenamiento)

Ausencia Medica/Ausencia familiar/Maternidad:

Trabajo por temporada/ Vacaciones de Escuela

Reducción de horas/Escuela/Entrenamiento Nuevas horas por semana: _____ Nuevos Créditos Escolares (Total): _____

Reducción o incremento se Salario Nuevo ingreso : _____ Semana Quincena Mes Otro: _____

Recordatorio de norma– Familias con ingreso que excede el 85% de la media del Estado durante su periodo de elegibilidad no serán elegibles para la asistencia de Child Care Resources
 La información en la tabla siguiente es basada en Actualización anual (FY 2022) del Departamento de Salud y servicios Humanos y en datos del FY 2022 de la Oficina del Censo del Departamento de Justicia de la media de ingreso familiar por número de integrantes por familia.

Si su tamaño de familia es:	⇒	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus ingresos no deben exceder:	⇒	\$64,023	\$78,769	\$100,042	\$119,558	\$127,973	\$136,388	\$144,803	\$153,218	\$161,633	\$170,048	\$178,463	\$186,878

Nota: si su tamaño de Familia excede 12, cada adicional = \$8,415

HOUSEHOLD SIZE CHANGE

Nuevo Nacimiento/ Adopción Dependiente (Adulto mayor de 18) Matrimonio Divorcio/Separación Muerte Otro: _____

Cambio en el número de personas por Familia						
	Nombre	Fecha de Nac.	Sexo	Num de Seguro Social	Añadir	Remove
Niño					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-Solicitante					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta es para certificar que el tenido el cambio arriba mencionado en mi familia y deseo actualizar el estatus de mi familia como lo indica esta forma.

- Entiendo que si deseo un cambio en mi copago y una reevaluación basada en mis circunstancias debo entregar esta forma en los primeros 10 días del cambio.
- Entiendo que si tengo un cambio en mi trabajo/escuela o entrenamiento que excede 3 meses, debo inmediatamente notificar a mi Agencia de Child Care Resources arriba mencionada.
- Entiendo que el DFD o sus designados se reservan el derecho de verificar el estatus de mis cambios durante mi periodo de elegibilidad y que podría requerir presentar documentos de acuerdo con las políticas de CCR.
- Entiendo que podría enfrentar una acción adversa, que puede incluir terminación de mi caso o recuperación de pagos si falsifico la información provista en esta forma.

Firma del Solicitante	Fecha
Firma del Co-Solicitante	Fecha

AGENCY USE ONLY:	
CCR&R Authorizing Signature	Date