

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE NEW JERSEY
REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA CCAP

Envíe toda la información requerida con su solicitud para evitar retrasos. Envíe documentos originales cuando sea necesario. Si usted necesita los originales de nuevo, por favor escriba una nota indicándolo.

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Máximo bruto anual	\$40,880	\$51,640	\$62,400	\$73,160	\$83,920	\$94,680	\$105,440	\$116,200	\$126,960

1. ___ Completar todas las secciones de la solicitud
 2. ___ Copias de los Certificados de Nacimiento **de los niños**
 3. ___ Tarjeta de Residencia Permanente **de los niños** (si es aplicable)
 4. ___ Copias de la tarjeta de Seguridad Social **de los niños**
- Estos documentos deben ser presentados para los niños que está solicitando
5. ___ Prueba de Empleo / Estudio / Entrenamiento:

Un mínimo de 30 horas de trabajo por semana

12 Créditos Universitarios para el semestre de otoño y el semestre de primavera

9 Créditos Universitarios para todo el verano

20 horas por semana durante el programa de Entrenamiento

- Talonarios de pago o Registros de nómina de 4 Semanas:
 - Las semanas más recientes (antes de la fecha de cuando el solicitante firma y coloca la fecha en la página de certificación)
 - Consecutivos (Uno tras otro, NO omiten semanas)
- Si los talonarios de pago o registros de nómina no incluyen las horas trabajadas, debe presentar una carta ORIGINAL en papel con membrete del empleador indicando las horas exactas trabajadas por semana, y firmado con el título profesional de la persona.
- Solicitantes que trabajan por cuenta propia deben proporcionar su Transcripción de impuestos federales. Se puede solicitar de IRS at www.irs.gov/individuals/get-transcript o 1-800-908-9946.
- Si está asistiendo la escuela, una universidad, o un programa de entrenamiento debe presentar un registro de la escuela, incluyendo los días y las horas que asista a la semana, los créditos, y la fecha de inicio y de finalización de las clases.
- Si usted asiste una escuela que no ofrece un horario detallado, puede presentar una carta con membrete de la escuela incluyendo los días y las horas que asista a la semana y la fecha de inicio y de finalización de las clases. La carta debe estar fechada y firmada por el administrador de la escuela con su título profesional.

Su nombre y el nombre de la escuela deben estar claramente identificados en los documentos presentados.

**** Clases en línea y clases híbridas no cumplen los requisitos de elegibilidad del programa ****

6. ___ **Beneficio Del Seguro Social**- Una carta de la oficina de Seguro Social indicando la cantidad que recibe.
7. ___ **Recibe Ayuda Económica (TANF) o Cupones De Alimentos**- Una copia de su tarjeta de Snap/ "Families First" y su número de caso.
8. ___ **Pensión De Mantenimiento De Niños**
___ Una copia mostrando los desembolsos / historial de pagos durante los últimos 6 meses. Esto se puede obtener en la oficina de probatorio o a través de la página web: www.njchildsupport.org.
___ Si la manutención se paga directamente al solicitante: se necesita una carta notariada, firmada, y fechada, indicando cuánto se paga al padre con custodia, y con qué frecuencia (debe incluir el nombre del niño).
Nota: Se requiere verificación de manutención infantil para todos los niños en el hogar.
9. ___ **El Solicitante y el Co-Solicitante** deben **firmar y fechar** la solicitud original.

Estados de cuenta bancaria que indiquen el depósito directo de los ingresos no son aceptables para la verificación



Departamento de Servicios Humanos • División de Desarrollo Familiar

Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey Resumen e Instrucciones para la Solicitud

Como muchas familias saben, los costos del cuidado de niños pueden ocupar una gran parte del presupuesto mensual. El Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey (Child Care Assistance Program; CCAP) está financiado por el Fondo federal para el Desarrollo y Cuidado de Niños (Child Care and Development Fund; CCDF) y brinda asistencia financiera para el cuidado de niños en nombre de las familias elegibles. CCAP puede ayudar a las familias de bajos ingresos que están trabajando, en capacitación o en la escuela, o una combinación de estas actividades para pagar una parte de su cuidado de niños.

Solicitud de asistencia para el cuidado de niños

Como solicitante/cosolicitante que busca asistencia para el cuidado de niños, se le solicitará que proporcione prueba de ingresos, horas de capacitación/escolares y tamaño de la familia para ayudar a determinar la elegibilidad. Todos los documentos requeridos deben ser presentados para ser considerados para recibir asistencia.

Requisitos de elegibilidad del solicitante/cosolicitante

- Debe ser residente de New Jersey;
- Debe cumplir con los requisitos de ingresos y no tener bienes que excedan \$1 millón; y
- Debe estar trabajando a tiempo completo (30 horas o más a la semana), asistiendo a la escuela a tiempo completo (12 créditos o más), en capacitación laboral (al menos 20 horas a la semana), o tener una combinación equivalente a tiempo completo de estas actividades para cumplir con el requisito.

Requisitos de elegibilidad del niño(s)

- Hasta la edad de 13 años, o menos de 19 años, si está bajo la supervisión protectora de la División de Protección y Permanencia de Niños de NJ (Division of Child Protection and Permanency; DCP&P) o es mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo;
- Debe ser ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado; y
- Debe residir con el solicitante/cosolicitante (padre(s) o individuo(s) actuando como padre(s) (in loco parentis)).

Proveedores de cuidado de niños elegibles

- Puede usar su asistencia de cuidado de niños en cualquier centro de cuidado de niños autorizado, un proveedor de cuidado de niños familiar registrado, un hogar aprobado (en el hogar y la familia, un amigo o vecino), un programa escolar o un campamento juvenil de verano que esté aprobado por el estado y acepte pagos estatales.
- Los proveedores elegibles deben cumplir con todos los requisitos de la Subvención Bloque para el Desarrollo y Cuidado de Niños (Child Care and Development Block Grant; CCDBG), incluida la realización de numerosas capacitaciones de salud y seguridad y las verificaciones de antecedentes penales requeridas.

Completar y enviar una solicitud

Para comenzar, primero debe completar, firmar y enviar la siguiente solicitud con todos los documentos requeridos a su agencia de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral agency; CCR&R). Para encontrar su CCR&R local, visite www.ChildCareNJ.gov/CCRR o llame al 1-800-332-9227.

¿Qué sucede después si se aprueba mi solicitud?

Si se aprueba, su CCR&R le enviará un Acuerdo de Padre/Solicitante y Proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) para cada niño para el que se solicita asistencia de cuidado de niños. Debe completar este formulario y devolverlo a su CCR&R dentro de 10 días calendario. El PAPA debe ser firmado por el solicitante/cosolicitante y el proveedor de cuidado de niños y debe devolverse a su CCR&R antes de la fecha de vencimiento indicada. Su CCR&R no puede iniciar los pagos de asistencia para el cuidado de niños hasta que este acuerdo sea firmado y devuelto. La aprobación inicial de asistencia para el cuidado de niños (su período de elegibilidad) es por 12 meses, a menos que solicite un período de cuidado más corto. Recibirá una solicitud de redeterminación de su CCR&R antes de que finalice su período de elegibilidad.

Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad, solicitar asistencia para el cuidado de niños, información sobre licencias, una búsqueda para encontrar cuidado de niños en su área, informes de inspección de proveedores e información sobre lo que hace que un programa sea de calidad, visite www.ChildCareNJ.gov o llame a la línea de ayuda de cuidado de niños al 1-800-332-9227.



Departamento de Servicios Humanos • División de Desarrollo Familiar

Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de New Jersey
Solicitud

Envíe esta solicitud junto con cualquier documentación requerida a su Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (Child Care Resource and Referral agency; CCR&R):

(Consulte la lista de verificación de documentación al final de esta solicitud para obtener la documentación requerida)

Escriba a máquina o en letra de imprenta con claridad usando tinta azul o negra únicamente. El asterisco (*) indica un campo obligatorio. El Número de Seguro Social es opcional para el solicitante/cosolicitante. Responda a todas las preguntas lo mejor posible.

Si tiene preguntas, necesita ayuda para completar la solicitud o para solicitar cualquier formulario requerido por DFD, comuníquese con su CCR&R local. Visite www.ChildCareNJ.gov/CCRR para obtener una lista por condado o llame al 1-800-332-9227.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE

Form section for Applicant Information including fields for name, SSN, birth date, sex, and ethnicity.

Form section for Co-applicant Information including fields for name, SSN, birth date, sex, and ethnicity.

Form section for Family Size including fields for total applicants, dependent children, and dependent adults.

B. DIRECCIÓN

Form section for Address including fields for home address, city, state, zip, school district, and phone numbers.

Estoy experimentando falta de vivienda. Carezco de residencia nocturna fija, regular y adecuada: [] Sí [] No
Si no tiene vivienda, se le puede dar más tiempo para presentar la documentación requerida. Consulte la lista de verificación de documentación para obtener más información.



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Está el solicitante/cosolicitante actualmente (seleccione todos las que correspondan):

- Sí** **No** ¿Sirviendo a tiempo completo y en servicio activo en las fuerzas armadas?
- Sí** **No** ¿Sirve en la Guardia Nacional o en las reservas militares?
- Sí** **No** ¿Recibiendo o recibió en el pasado beneficios de WFNJ-TANF? En caso afirmativo, proporcione el ID de TANF #: _____
- Sí** **No** ¿Recibiendo o recibió en el pasado beneficios de SNAP? En caso afirmativo, proporcione el ID de SNAP#: _____
- Sí** **No** ¿Actualmente tiene beneficios de seguro médico?

D. INGRESOS

Adjuntar documentación de un mes de ingresos actuales. Consulte la lista de verificación de documentación para obtener orientación.

¿Los bienes de su familia superan los \$1,000,000.00?*: **Sí** **No**

SOLICITANTE			COSOLICITANTE		
Marque todas las fuentes de ingresos que correspondan:	Cantidad	Frecuencia	Marque todas las fuentes de ingresos que correspondan:	Cantidad	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (de todos los empleadores)			<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (de todos los empleadores)		
<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)			<input type="checkbox"/> Sueldos/salario (trabajo por cuenta propia)		
<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación			<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación		
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)			<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social			<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Indemnización desempleo/laboral			<input type="checkbox"/> Indemnización desempleo/laboral		
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos/militares			<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos/militares		
<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad			<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad		
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos**:			<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos**:		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia**:			<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia**:		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**Escriba la cantidad de manutención de hijos y/o pensión alimenticia que recibe, independientemente de que sea por orden judicial o no.

E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

¿El solicitante está incapacitado y no puede trabajar? **Sí** **No** (En caso afirmativo, deberá completar el formulario CC-10 de Declaración de incapacidad)

¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Horas por semana: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial Horas por semana: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Créditos/horas de clase: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Horas por semana: _____
--	---	--

SOLICITANTE

Nombre del empleador o escuela/lugar de capacitación:		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del segundo empleador o escuela/lugar de capacitación (si corresponde):		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Si hay otro(s) empleador(es), escuela(s), lugar(es) de capacitación, adjunte la documentación.

¿El cosolicitante está incapacitado y no puede trabajar?: **Sí** **No** (En caso afirmativo, deberá completar el formulario CC-10 de Declaración de incapacidad)

¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Horas por semana: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial Horas por semana: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Créditos/horas de clase: _____	¿Está trabajando?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio (MM/DD/AAAA): / / Horas por semana: _____
--	---	--

COSOLICITANTE

Nombre del empleador o escuela/lugar de capacitación:		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del segundo empleador o escuela/lugar de capacitación (si corresponde):		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Si hay otro(s) empleador(es), escuela(s), lugar(es) de capacitación, adjunte la documentación.



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

F. INFORMACIÓN DEL(LOS) NIÑO(S) *Incluya a cada niño que necesite asistencia de cuidado de niños. Utilice la página Información Adicional de Niño(s) si es necesario.*

NIÑO #1	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	-	-	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	-	-	-
	Sexo al nacer*:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska						
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #2	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	-	-	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	-	-	-
	Sexo al nacer*:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska						
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #3	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	-	-	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	-	-	-
	Sexo al nacer*:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska						
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #4	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	-	-	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	-	-	-
	Sexo al nacer*:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska						
	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

G. RECURSOS COMUNITARIOS IMPORTANTES

Para presentar una queja o informar sobre una violación de salud y seguridad, comuníquese con:

Centros de cuidado de niños
Comuníquese con el Departamento de Niños y Familias, Oficina de Licencias

njccis.com/njccis/public-complaint

1-877-667-9845

Las quejas se pueden presentar de forma anónima.

Proveedores de cuidado de niños familiar registrados y en el hogar

Comuníquese con su CCR&R

www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCR

1-800-332-9227

Campamentos de verano para jóvenes

Comuníquese con el Departamento de Salud, Programa de Salud Pública y Protección Alimenticia
1-609-826-4935 ext. 27

Agencias de recursos y referencias de cuidado de niños (CCR&R)
Comuníquese con la Oficina de Cuidado de Niños
www.ChildCareNJ.gov
DFD.ChildCare@dhs.nj.gov
1-609-588-2163

Para denunciar abuso y negligencia, comuníquese con:

Todas las denuncias de abuso y negligencia de niños, incluidos los que ocurren en entornos institucionales como centros de cuidado de niños, escuelas, hogares de acogida y centros de tratamiento residenciales, deben informarse a la Línea Directa de Abuso de Niños del Registro Central del Estado. Esta es una línea directa gratuita las 24 horas, los siete días de la semana.

1-877 NJ ABUSE (652-2873) • TTY 1-800-835-5510

La División de Desarrollo Familiar (Division of Family Development; DFD) brinda liderazgo y supervisión al público y a las agencias sin fines de lucro que brindan asistencia financiera y servicios críticos de red de seguridad a individuos y familias en New Jersey. Junto con los servicios de Cuidado de Niños, los programas dentro del DFD son El Trabajo Primero New Jersey/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Work First New Jersey/Temporary Assistance for Needy Families; WFNJ/TANF) y WFNJ/Asistencia General (Work First New Jersey/General Assistance; WFNJ/GA), los dos programas que conforman el programa de asistencia en efectivo del estado; NJ SNAP; y servicios de Manutención de Niños. Para obtener más información sobre estos programas, visite el sitio web del DFD en www.nj.gov/humanservices/dfd.

Si es sordo, tiene problemas de audición, sorderoquera y/o discapacidad del habla, use 7-1-1 NJ Retransmisión.

NJ 2-1-1 • www.NJ211.org • Marque 2-1-1

NJ 211 brinda asistencia en vivo las 24 horas del día, todos los días del año. Los servicios son gratuitos, confidenciales y multilingües con derivaciones a más de 7600 programas y servicios comunitarios como: alimentos, servicios públicos, vivienda asequible, asistencia para el alquiler, salud mental y física, trastornos por uso de sustancias, necesidades de personas mayores, asistencia legal, programa de navegador de parentesco (Kinship Navigator Program), transporte, servicios para discapacitados y mucho más.

NJ Ayuda • www.NJHelps.gov

NJ Ayuda (NJHelps) es una herramienta de evaluación en línea que lo ayudará a ver si es elegible para asistencia alimentaria (SNAP), asistencia en efectivo (WFNJ/TANF o WFNJ/GA) y seguro médico (NJ FamilyCare/Medicaid). Desde allí puede solicitar servicios u obtener información sobre recursos adicionales.

Conectando a Nueva Jersey • www.nj.gov/connectingnj

Conectando a NJ es un proceso de referencia a proveedores de atención obstétrica y prenatal, agencias comunitarias y familias que lo vinculan con NJ Family Care, Doulas Comunitarias (Community Doulas), programas de visitas domiciliarias y más.

Servicios de intervención temprana (NJ Early Intervention Services; NJEIS) • www.nj.gov/health/fhs/eis/for-families/ • Desde el nacimiento hasta los tres años: 1-888-653-4463 • Mayores de tres años: 1-800-322-8174

El sistema de intervención temprana de New Jersey (NJEIS), bajo la División de Servicios de Salud Familiar, para bebés y niños pequeños, desde el nacimiento hasta los tres años, con retrasos en el desarrollo o discapacidades, y sus familias. El Proyecto Child Find del sistema de intervención temprana de New Jersey ayuda a las familias de niños en edad preescolar de 3 a 5 años preocupados por el desarrollo de sus hijos.

Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC) • <https://eitc.nj.gov> • Federal: 1-800-929-1040 • Estatal: 1-888-895-8179

EITC es un beneficio de crédito tributario federal y estatal para personas y familias que ganan ingresos bajos a moderados en NJ.

Línea de ayuda familiar • 1-800-THE-KIDS (1-800-843-5437) 24 horas al día, 7 días a la semana

Si se siente estresado, llame a la línea de ayuda familiar y supere sus frustraciones antes de que ocurra una crisis. Hablará con voluntarios sensibles y capacitados de Padres Anónimos que lo escucharán con empatía sobre la crianza de los hijos y le recomendarán recursos en su comunidad.

Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) • 1-800-510-3102

El programa de asistencia de energía para el hogar ayuda a los residentes de muy bajos ingresos con sus facturas de calefacción y refrigeración, y hace provisiones para servicios de sistema de calefacción de emergencia y asistencia de combustible de emergencia dentro del programa de asistencia de energía para el hogar.

Enlace para padres de NJ (NJ Parent Link) • www.njparentlink.nj.gov • 609-633-1363

El enfoque de enlace para padres de NJ es satisfacer las necesidades de información y recursos de los futuros padres, familias con niños pequeños (desde recién nacidos hasta niños que ingresan al jardín de infantes) y profesionales interesados, comprometidos con la salud y el bienestar de los niños y las familias de New Jersey. También se encuentran disponibles recursos de crianza y apoyo para familias con niños mayores, desde edad escolar hasta adultos jóvenes.

Servicios sociales para personas sin hogar (Social Services for the Homeless; SSH) • www.nj.gov/humanservices/dfd/programs/ssh • NJ 2-1-1

Brinda asistencia a los residentes de New Jersey que corren el riesgo de quedarse sin hogar, pero que no son elegibles para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, Asistencia General o Ingreso de Seguridad Suplementario.



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

H. CERTIFICACIÓN *Lea cuidadosamente antes de firmar.*

Yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi (nuestro) conocimiento. Yo (nosotros) sé (sabemos) que enviar información falsa sobre mi (nuestra) situación, no brindar la información necesaria o hacer que otros retengan información es ilegal y puede someterme (nosotros) a penales criminales y civiles, así como a la denegación, terminación y/o reembolso de servicios de cuidado de niños y asistencia para el cuidado de niños.

Yo (nosotros) también entiendo (entendemos) que:

1. La aceptación de la asistencia financiera para el cuidado de niños no es para mi (nuestro) uso o gastos personales. Los fondos públicos federales, estatales y locales, como esta asistencia de cuidado de niños, deben y serán utilizados como pago de los costos que están directamente asociados con los servicios prestados por un proveedor de cuidado de niños.
2. Es una violación de las reglas del programa proporcionar información falsa o engañosa para obtener asistencia financiera para los servicios de cuidado de niños, incluyendo, pero no limitado a, información sobre mi (nuestra) elegibilidad. Por ejemplo:
 - No informar con precisión todas las fuentes de mis (nuestros) ingresos, como, entre otros, no informar múltiples fuentes de ingresos, o un aumento o disminución en el sueldo/salario, manutención de niños o pagos de pensión alimenticia, ingresos de trabajo por cuenta propia, prestaciones por desempleo o cualquier otra fuente de ingresos.
 - No informar con precisión la cantidad de mis (nuestros) ingresos. Ejemplos incluyen, entre otros, informar la(s) cantidad(es) precisa(s) de ingresos del trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, pensión alimenticia, ingresos de un segundo trabajo o alquiler de propiedad. Cambiar o alterar la información de los talones de pago es ilegal y no se tolerará.
 - No informar con precisión el número de miembros del hogar, por ejemplo, no informar que un cónyuge u otro padre/tutor vive en el hogar.
3. Esta información se brinda en relación con fondos públicos federales, estatales y locales y se utilizará a través de programas de comparación de computadoras para confirmar la exactitud de mis (nuestras) declaraciones y verificar mis (nuestros) ingresos, recursos y necesidad de asistencia para el cuidado de niños, según se garantiza.
4. Proporcionar los números de Seguro Social del solicitante/cosolicitante es voluntario. El personal de CCR&R puede usar mis (nuestros) nombres e información del Seguro Social con agencias federales y estatales y otras fuentes que se consideren necesarias para examinación oficial. Sin embargo, se requieren copias de actas de nacimiento y Seguro Social o tarjeta de residente permanente (tarjeta verde) para todos los niños de los que se solicita asistencia de cuidado de niños.
5. Para verificar mi (nuestro) ingreso y necesidad de servicio, es posible que un representante de CCR&R deba comunicarse con mi (nuestros) empleador(es). Por la presente, autorizo (autorizamos) a mi (nuestros) empleador(es) a divulgar información sobre mis (nuestros) ingresos, escala salarial, horas y horario de trabajo al representante de CCR&R.
6. El estado ha establecido tarifas máximas de lo que paga por la asistencia para el cuidado de niños. Estas tarifas varían según varios factores, incluida la edad del niño y el tipo de proveedor. Esta asistencia puede cubrir el costo total de la atención; sin embargo, todos los proveedores cobran montos diferentes. Si su proveedor cobra más de lo que cubre el estado, entiendo (entendemos) que soy (somos) responsable(s) de pagar la diferencia.
7. Yo (nosotros) soy (somos) responsable(s) de la tarifa de copago (copago) que calcula el CCR&R y se basa en el tamaño de mi (nuestra) familia, los ingresos anuales, las horas de cuidado necesarias y la edad de mis (nuestros) hijos durante el período de elegibilidad. (Los copagos NO se evaluarán hasta el 30 de junio de 2024 o hasta nuevo aviso. El solicitante/cosolicitante será responsable de los copagos cuando se restablezcan).
8. Si hubiera un cambio en la utilización de los servicios de cuidado de niños, el CCR&R reserva el derecho de cambiar mi (nuestro) Acuerdo de Padre/Solicitante y Proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) para reflejar las horas reales de cuidado necesarias.
9. Yo (nosotros) debo (debemos) notificar al CCR&R en persona, por correo postal, teléfono, correo electrónico o mediante el Formulario de notificación de cambio CC-198, inmediatamente o a más tardar 10 días después de que ocurra, cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad para el cuidado de niños. Esto incluye dejar de necesitar cuidado, reubicación fuera del condado o estado, cambio de proveedor o tipo de cuidado y/o si algún ingreso cambia para exceder el 85% del ingreso medio estatal (Cuadro de elegibilidad de ingresos disponible en www.ChildCareNJ.gov/Parents/CCAP).
10. El CCR&R asignado está autorizado a emitir pagos a **solo un proveedor de cuidado de niños por niño** durante el período de elegibilidad especificado.

Continúa en la siguiente página



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

H. CERTIFICACIÓN CONTINUACIÓN *Lea cuidadosamente antes de firmar.*

11. La autorización de asistencia para el cuidado de niños es por 12 meses, a menos que usted solicite un período de tiempo más corto.
12. El pago se emite directamente a los proveedores cada dos semanas.
13. Si se determina que es elegible, el PAPA autorizado/ejecutado constituye los términos completos de asistencia de cuidado de niños.
14. El solicitante/cosolicitante es responsable de cumplir con las reglas del programa y utilizar el sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD. No utilizar correctamente el sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD (que verifica la asistencia del niño y genera el pago al proveedor de cuidado de niños) puede resultar en descalificación. (El sistema de tiempo y asistencia aprobado por el DFD NO se utilizará hasta el 30 de junio de 2024 o hasta nuevo aviso.)
15. Si mi (nuestra) solicitud para servicios de cuidado de niños es denegada por el CCR&R, o si mis (nuestros) servicios de cuidado de niños se ven afectados negativamente como resultado de una acción del CCR&R, entonces tengo (tenemos) derecho a solicitar una revisión del caso dentro de los 10 días calendario de la denegación/acción adversa a través del CCR&R. Si no estoy (estamos) de acuerdo con la decisión de la revisión del caso del CCR&R, entonces tengo (tenemos) derecho a solicitar una revisión administrativa de la División de Desarrollo Familiar de NJ dentro de los 90 días de la denegación/acción adversa. La solicitud oportuna para una revisión administrativa debe hacerse a: **Oficina de Revisión Administrativa y Apelaciones, División de Desarrollo Familiar, P.O. Box 716, Trenton, NJ 08625-0716 o llamando a 1-800-792-9774.**
16. Debo conservar una copia de esta solicitud para mis archivos.
17. He (hemos) leído esta certificación y entiendo (entendemos) que el incumplimiento de los términos puede dar lugar a la denegación de mi (nuestra) solicitud para beneficios de asistencia para el cuidado de niños o a la pérdida de estos beneficios.

Firma del solicitante*: _____ Fecha*: _____

Firma del cosolicitante: _____ Fecha: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY

APPLICATION STATUS

Complete (all supporting documentation attached) Incomplete

INCOME/FAMILY SIZE

Gross Annual Household Income:	Family Size:	
Family's Total Assessed Copay:	Amount:	Frequency:

ELIGIBILITY RESULTS

<input type="checkbox"/> Approved (Eligible)	Eligibility Start Date (MM/DD/YYYY): / /	Eligibility End Date (MM/DD/YYYY): / /
<input type="checkbox"/> Pending Documentation	Date Notice Sent (MM/DD/YYYY): / /	Deadline to Submit (MM/DD/YYYY): / /
<input type="checkbox"/> Denied (Ineligible)	Reason:	

Assistance Type: CCAP DOE Wrap Kinship CPS PACC WFNJ TCC CCVC

CCR&R INFO

CCR&R Authorizing Printed Name:

CCR&R Authorizing Signature:

Certification Date (MM/DD/YYYY): / /



**COUNTY OF BERGEN
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CHILDREN**

Providing Child Care Resources and Referrals Since 1980
One Bergen County Plaza • 2nd Floor • Hackensack, NJ
07601-7076 (201) 336-7150 • e-mail ofc@co.bergen.nj.us

James J. Tedesco III
Bergen County Executive

Melissa H. DeBartolo Esq.
Department Director

Julie O'Brien
Division Director

RECONOCIMIENTO

He recibido el siguiente documento:

“Regulaciones de Descalificación De Servicios Para Padres”

Entiendo y estoy de acuerdo que debo cumplir con las regulaciones del Estado. Yo entiendo que los reglamentos completos sobre este tema están disponibles en el Condado de Bergen Oficina de Niños sitio web:

<http://www.co.bergen.nj.us/index.aspx?NID=1204>

Ejemplos de Violaciones:

1. Falta de reportar cualquier cambio de circunstancias familiares que cambia su elegibilidad entre los 10 días consecutivos.
2. Falta de no reportar con precisión todas las fuentes de ingresos
3. Falta de reportar con precisión la cantidad de ingresos.
4. Falta de reportar con precisión el número de miembros del hogar que deben ser contados para determinar la composición de la familia o del hogar.
5. Falta de no cumplir con la responsabilidades del acuerdo de ECC de padre/proveedor.

Yo entiendo que la falta de cumplimiento con estas regulaciones, si justificada, puede resultar:

- Aviso de Advertencia Por Escrito.
- Primera Violación – 1 mes descalificación.
- Segunda Violación – 3 meses descalificación.
- Tercera Violación – Terminación de **hasta** 12 meses y/o descalificación permanente.

Nombre de Padre(s): (Print) _____

Firma(s): _____ **Fecha:** _____

Firma(s): _____ **Fecha:** _____

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

(Por favor, mantenga una copia y enviar original a la Oficina De Niños en el sobre adjunto)



**COUNTY OF BERGEN
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CHILDREN**

Providing Child Care Resources and Referrals Since 1980
One Bergen County Plaza • 2nd Floor • Hackensack, NJ
07601-7076 (201) 336-7150 • e-mail ofc@co.bergen.nj.us

James J. Tedesco III
Bergen County Executive

Melissa H. DeBartolo Esq.
Department Director

Julie O'Brien
Division Director

Atencion: Regulaciones Para Descalificación De Servicios Para Padres

Padres/solicitantes necesitan, en todo momento, cumplir con las regulaciones y las polizas del programa subsidiario del programa NJ Cuidado de Niños. Cualquier tipo de violaciones del programa, si justificado por la Oficina de los Niños o Departamento de Servicios Humanos/División de Desarrollo Familiar, esta sometido a penalidades que puede incluir:

- Descalificación
- Terminacion
- Puede ser negada la aplicacion o re-aplicacion
- Investigacion Criminal
- Y/O Compensacion de pagos

Un caso substanciado por violaciones de programa resultara en suspencion o descalificación del programa subsidiario, y el padre/solicitante sera declarado inelegible para aplicar o re-aplicar para recibir la ayuda del cuidado de los ninos para un periodo de tiempo dependiendo del numero y tipo de violacion(es).

Ejemplos Generales de Violacion del Programa (pero no limitado a):

- a) Falta de informar entre los 10 dias consecutivos de cualquier tipo de cambio en tamaño de familia/composicion, ingreso familiar o empleo/escuela/entrenamiento, o ingreso que excede los requisitos para ser elegible al programa.
- b) Falta de reportar preciso fuentes de ingreso. Por ejemplo: múltiple empleadores, aumento o disminucion de salario, pagos de manutención de los hijos, pensión alimenticia, desempleo, compensación al trabajador, pensión, SSI, SSDI, beneficios de supervivencia o cualquier otro ingreso.
- c) Falta de reportar la cantidad de ingresos. Por ejemplo: no reportar cantidades precisas de ingreso de trabajo por cuenta propia; renta de propiedad propia; alterar la información comprobante de pago.
- d) Falta de reportar el numero preciso de los miembros del hogar que son requeridos de ser contado para determinar el tamaño de la familia. Por ejemplo: no reportar un(a) esposo o esposa viviendo en el hogar.
- e) ECC Violación de Programa- a cumplir con ECC Padre/ Proveedor Responsabilidades y Acuerdo.

Sanciones y Procedimientos:

1. Aviso de Alerta: Padre tiene 10 dias para responder al aviso por no cumplir con el programa subsidiario del cuidado de niños o hasta 2 semanas de la fecha que no informo, para usar o falta de usar el aviso de alerta de E-Child Care para asistir al entrenamiento y remediar la acción demostrando el uso consistente de ECC.
2. Primera Violación (excepto el fraude) – 1 mes descalificación.
3. Segunda Violación – 3 meses descalificación.
4. Tercera Violación – Terminación de **hasta** 12 meses y/o descalificación permanente.

Ejemplos de violaciones que puede estar sujeto a hasta 12 meses de terminación incluye (pero no esta limitado a):

- a) Falta de proporcionar o disposicion de falsa representación o engañosa o deliberada de información requerida en relación con una nueva aplicación o caso actual.
- b) Reportando que niño estuvo presente cuando el niño no asistio.
- c) Repetido uso indebido de la tarjeta ECC será resultado de múltiples violaciones.
- d) Repetidas violaciones generales del programa resultando en violación múltiple.



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Información Adicional de Niño(s) *Incluya a cada niño que necesite asistencia para cuidado de niños*

Nombre del solicitante*:	Nombre del cosolicitante:
Número de Seguro Social: - -	Número de Seguro Social: - -
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: / /	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): / /

NIÑO #5	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #6	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #7	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #8	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Lista de Verificación de la Documentación

A continuación se muestra una lista general de los documentos requeridos para cada sección de la solicitud del Programa de asistencia para el cuidado de niños (Child Care Assistance Program; CCAP) que se debe presentar para la consideración de elegibilidad inicial. También se pueden requerir documentos adicionales según los requisitos del programa. Si tiene preguntas, necesita ayuda para completar la solicitud o para solicitar cualquier formulario requerido por el DFD, comuníquese con su CCR&R local. Visite www.ChildCareNJ.gov/CCR para obtener una lista por condado o llame al 1-800-332-9227.

A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y COSOLICITANTE

Para **cada solicitante/cosolicitante, presente uno** de los documentos de la **Columna A**. Si no puede proporcionar los documentos de la **Columna A**, puede **presentar dos** documentos de la **Columna B**:

COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRIMARIA)

Presente uno:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación militar con fotografía
- Tarjeta de identificación con foto emitida por el empleador
- Tarjeta de identificación con foto de la escuela
- Pasaporte
- Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde)

O

COLUMNA B (DOCUMENTACIÓN SECUNDARIA)

Presente dos:

- Diploma de escuela secundaria, GED o diploma universitario
- Tarjeta del Seguro de Salud o Tarjeta de Medicamentos
- Talón de pago impreso
- Acta de nacimiento (solicitante/cosolicitante o del niño)
- Tarjeta de Seguro Social

B. DIRECCIÓN

Para **cada solicitante/cosolicitante, presente uno** de los siguientes para verificar la residencia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Contrato de alquiler/arrendamiento actual o factura de hipoteca | <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos del hogar |
| <input type="checkbox"/> Decreto judicial (<i>si corresponde</i>) | <input type="checkbox"/> Documentación médica |
| <input type="checkbox"/> Registros escolares que muestren la residencia | <input type="checkbox"/> Registro/título del vehículo o licencia de conducir de NJ |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (<i>si corresponde</i>) | <input type="checkbox"/> Formularios de impuestos presentados más recientes que muestren dependencia (<i>Para dependientes mayores de 18 años, debe proporcionar el formulario 1040 del IRS presentado</i>) |

Si se encuentra sin hogar según lo definido por cualquiera de las siguientes situaciones y no puede proporcionar los documentos necesarios con su solicitud, puede tener hasta seis meses para enviar la documentación requerida. Las situaciones incluyen:

- Niños y jóvenes que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; están viviendo en moteles, hoteles o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; o están abandonados en hospitales;
- Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está diseñado, ni se usa normalmente, como alojamiento habitual para dormir por seres humanos [dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C)];
- Niños y jóvenes que están viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y
- Niños migratorios (tal como dicho término se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii) de éste.

C. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Para comprobar relación, se debe presentar cualquiera de los siguientes para **cualquier niño que necesite servicios de cuidado infantil**:

- Acta de nacimiento del niño
- Decreto judicial (*si corresponde*)
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)

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

- Certificado de nacimiento
- Decreto judicial (*si corresponde*)
- Acuerdo de custodia u otros documentos judiciales para tutela (*si corresponde*)
- Formularios de impuestos presentados más recientemente que muestren dependencia (*Para dependientes mayores de 18 años, debe proporcionar el formulario 1040 del IRS presentado*)

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

- Formularios de impuestos presentado más recientemente que muestre la dependencia (copia del formulario IRS 1040 presentado)
- Póliza de seguro de salud que muestre cobertura para el dependiente
- Registros de matrícula escolar



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Lista de Verificación de la Documentación

D. INGRESO

Para **cada solicitante/cosolicitante**, envíe todo lo que corresponda para verificar ingresos:

INGRESOS DEL TRABAJO:

- Debe proporcionar un mes de talones de pago actuales (por ejemplo, 4 semanales, 2 quincenales, etc.); y/o
- Formulario CC-188 de verificación de empleo *(si es necesario para verificar horas de trabajo cuando no se reflejan en los talones de pago o para verificar ingresos cuando el solicitante/cosolicitante no recibe talones de pago)*

NUEVO EMPLEO ÚNICAMENTE *(si no hay talonarios de pago disponibles)*:

- Carta del empleador con membrete de la empresa (firmada/fecha) Debe incluir tasa de pago, horas trabajadas por semana, información de contacto del empleador y primera fecha de empleo; o
- Formulario CC-188 de verificación de empleo *(si se aprueba para CCAP, el solicitante/cosolicitante deberá hacer un seguimiento con los talonarios de pago si los recibe)*

SOLO EMPLEADO INDEPENDIENTE:

- Envíe la transcripción de impuestos actual del IRS del Formulario 1040 junto con el Anexo C, "Ganancia o pérdida del negocio"

INCAPAZ DE TRABAJAR o INCAPACITADO:

- Declaración de incapacidad Formulario CC-10s

OTROS INGRESOS O BENEFICIOS A LA UNIDAD FAMILIAR:

La documentación debe mostrar la tasa y la frecuencia de los ingresos recibidos de las siguientes fuentes:

- Documentación de pensión/jubilación
- Carta de concesión del Seguro Social
- Documentación de compensación laboral/de desempleo
- Pensión alimenticia/manutención conyugal
- Beneficios para veteranos/militares
- Beneficios por discapacidad
- Manutención de los hijos *(mínimo 6 meses de historial de pago/desembolso)*
- Cualquier otro ingreso requerido para fines de declaración de impuestos federales/estatales

(Nota: si la manutención de los hijos o la pensión alimenticia no son ordenadas por la corte, escriba la cantidad que recibe mensualmente en la Sección C de la solicitud)

E. TRABAJO/ESCUELA/ENTRENAMIENTO

Para **cada solicitante/cosolicitante**, presente uno de los siguientes:

- TRABAJO:** consulte la Sección D, "Ingresos del empleo" para ver los documentos aceptables para verificar las horas de trabajo
- ESCUELA:** Matriculación de curso o expediente de la escuela o un formulario CC-189 Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía
- PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO:** Matriculación de programa o expediente del programa de entrenamiento o un formulario CC-189 Verification of School or Training Form si la matriculación o el expediente no está disponible todavía

F. INFORMACIÓN DEL (LOS) NIÑO(S) *(solo para el estatus de ciudadanía de niños)*

Para **cualquier niño que necesite cuidado**, presente uno de los siguientes:

- Acta de nacimiento de los Estados Unidos
- Certificado de ciudadanía
- Pasaporte de los Estados Unidos o tarjeta de pasaporte
- Tarjeta del Seguro Social
- Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde) (Formulario I-551 USCIS)
- Documento de viaje para refugiados (Formulario I-571)
- Versión electrónica del Formulario I-94 de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (disponible en la aplicación CBP One Mobile o <https://i94.cbp.dhs.gov/i94#home>)

Grow NJ Kids es el programa de New Jersey para mejorar la calidad del cuidado infantil y el aprendizaje temprano en todo el estado. Ofrece a los proveedores de cuidado infantil y aprendizaje temprano acceso a capacitaciones, oportunidades de desarrollo profesional, subvenciones para equipos y materiales, y becas de educación continua para el personal. Evaluadores profesionales visitan los programas para controlar las normas de calidad y, luego, les asignan calificaciones (de hasta cinco estrellas) si cumplen una extensa lista de parámetros de calidad. Visite el sitio web GrowNJKids.com para encontrar el proveedor participante más cercano.

Programas de servicio social con componentes de cuidado infantil

Existen algunos programas de servicio social que incluyen servicios de cuidado infantil. Para recibir cuidado infantil por medio de alguno de los programas o servicios detallados a continuación, debe participar en él.

- Child Protective Services (CPS, Servicios de Protección al Niño)
- Cuidado Infantil por Parte de Familiares
- Programa de bienestar social Work First New Jersey (WFNJ)
- Cuidado Infantil Transitorio (para exbeneficiarios del programa WFNJ)
- Cuidado Infantil Posterior a la Adopción

Si participa en uno de estos programas y necesita servicios de cuidado infantil, comuníquese con su agencia de CCR&R.

Información importante y recursos comunitarios

La DFD del DHS de New Jersey trabaja en asociación con proveedores de servicios y otras agencias estatales y municipales de todo el estado para ayudar a que las familias tengan acceso a programas y servicios de calidad que satisfagan sus necesidades. Si desea obtener más información, visite los siguientes sitios web: www.ChildCareNJ.com o www.NJ.gov/humanservices.

Cómo solicitar un subsidio para el cuidado infantil de New Jersey



Hay muchísimo en qué pensar al elegir un servicio de cuidado infantil. Encontrar un equilibrio entre la ubicación, el costo, la calidad y la confianza en el proveedor puede hacer que resulte difícil tomar esta decisión tan importante. El programa de cuidado infantil de New Jersey, a cargo de la División de Desarrollo Familiar (DFD, Division of Family Development) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) de New Jersey, puede brindarle información valiosa que lo ayudará a realizar esa elección. El programa de cuidado infantil del estado puede ofrecerle información sobre cómo solicitar asistencia para el cuidado infantil, dónde encontrar proveedores y cómo debe ser un programa para que sea de calidad, así como información sobre permisos y reclamos.

Como muchas familias saben, los costos del cuidado infantil pueden representar una gran parte del presupuesto mensual. El programa de subsidio para el cuidado infantil puede ayudar a las familias de más bajos ingresos cuyos miembros trabajan, se capacitan o estudian, o bien, realizan una combinación de estas actividades, con el pago de una parte del cuidado infantil.

Si está por solicitar un subsidio para el cuidado infantil o está pensando en hacerlo, esto es lo que debe saber.

Cómo solicitar un subsidio para el cuidado infantil

Como solicitante o padre que desea obtener un subsidio para el cuidado infantil, se le pedirá que proporcione comprobantes de sus ingresos e indique su horario de capacitación o estudio y el tamaño de su hogar a fin de determinar la elegibilidad. Todos los documentos solicitados deben presentarse para que se evalúe si reúne los requisitos para obtener el subsidio.

Requisitos de elegibilidad para solicitantes o padres

- Deben ser residentes de New Jersey.
- Deben cumplir los requisitos de ingresos y no tener bienes cuyo valor supere \$1 millón.
- Deben tener un empleo de tiempo completo (30 horas o más por semana), ser estudiantes de tiempo completo (12 créditos o más) o realizar una capacitación laboral (al menos 20 horas por semana).
- Dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos, puede tener que contribuir al costo de la atención (co-pago).

Requisitos de elegibilidad para los niños

- Deben tener hasta 13 años de edad, o bien, hasta 19 años si están bajo la supervisión de protección de la División de Protección y Permanencia de Niños de New Jersey (NJ Division of Child Protection and Permanency) o si son física o mentalmente incapaces de cuidarse a sí mismos.
- Deben ser ciudadanos estadounidenses o inmigrantes calificados.
- Deben residir con los padres o las personas que asumen ese rol (in loco parentis).

Requisitos de elegibilidad para los proveedores

- Los proveedores deben ser proveedores de cuidado infantil autorizados, proveedores de cuidado infantil familiar registrados u hogares o campamentos de verano autorizados por el estado.
- Todos los proveedores deben realizar numerosas capacitaciones de salud y seguridad y las verificaciones de antecedentes penales requeridas.

Cómo completar y presentar una solicitud

Para comenzar, primero debe completar y firmar una solicitud y enviarla junto con los documentos requeridos a la agencia de Recursos e Información sobre el Cuidado Infantil (CCR&R, Child Care Resource and Referral) de su condado.

Para conocer la lista completa de los documentos requeridos, póngase en contacto con una agencia de CCR&R o visite el siguiente sitio web: www.ChildCareNJ.com



La agencia de CCR&R revisará las solicitudes dentro de los 10 días hábiles posteriores a su recepción y se tomará una decisión final de elegibilidad en un plazo de 45 días calendario. Recibirá una carta de la agencia de CCR&R para informarle si es elegible, si no reúne los requisitos o si debe proporcionar más información.



Puede obtener una solicitud poniéndose en contacto personalmente o por otro medio con la agencia de CCR&R local. También puede imprimirla desde el sitio web www.ChildCareNJ.com.

Pago

Antes de que pueda comenzar con el pago de su cuidado infantil, usted y su proveedor deben firmar el Acuerdo de padre/solicitante y proveedor (Parent/Applicant and Provider Agreement; PAPA) y el Acuerdo de cuidado infantil electrónico (e-Child Care Agreement; ECC).

Copago a cargo del padre y honorarios adicionales del proveedor

Las familias elegibles para recibir un subsidio deben compartir el costo del cuidado infantil, que se conoce como copago. El copago se calcula sobre la base del tamaño de su familia, el ingreso anual bruto, las horas de cuidado necesarias y la cantidad de niños que reciben el servicio. Se pagan copagos por los dos primeros niños únicamente. No se cobra ningún copago por los demás niños.

Selección de un programa de cuidado infantil

Una vez que se ha determinado que su familia es elegible para recibir asistencia para el cuidado infantil, debe elegir un proveedor. Para que el proceso avance con rapidez, se recomienda que elija un proveedor de calidad que reúna los requisitos antes de solicitar la autorización. Esto significa que el proveedor debe estar registrado o contar con el permiso o la autorización correspondientes del estado.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado infantil, la agencia de CCR&R puede proporcionarle una lista de proveedores que satisfacen las necesidades de su familia. Para conocer una lista de agencias de CCR&R, visite el sitio web www.ChildCareNJ.com o comuníquese con la línea directa de cuidado infantil de New Jersey al 1-800-332-9227.

Cómo encontrar proveedores de cuidado infantil de calidad

Busque un programa que participe en Grow NJ Kids.

Las investigaciones demuestran que los niños que participan en programas de cuidado infantil y aprendizaje temprano de calidad cuando son pequeños están mejor preparados para el jardín de infantes con una mejor competencia lectora, habilidades matemáticas más desarrolladas y vocabularios más amplios.