

Connecting Families to Quality Child Care Resources

**New Jersey Cares for Kids
Programa de subsidio para cuidado de niño (NJCK)**

- El subsidio a través del programa NJCK ayuda a las familias a pagar por el cuidado de sus niños. Cuidado de niños infantiles, preescolar, alumnos que asisten antes y después de la escuela hasta la edad de trece (13) años y niños con necesidades especiales hasta la edad de diecinueve (19) años.
- Usted será responsable de pagar un co-pago que usted hará directamente a su proveedor.

Para cualificar para este programa usted debe residir en el condado de Somerset, trabajar tiempo completo (30+ Horas por semana) o ser un estudiante a tiempo completo (12+ Créditos o 20+ Horas) o una combinación de trabajo y escuela a igualar a tiempo completo y usted debe satisfacer las guías de ingreso administrada por el estado de NJ.

INCLUYE LO SIGUIENTE:

Empleo:

- Un mes de comprobantes de pago. Cada comprobante debe mostrar un mínimo de 30 horas semanales o 60 horas quincenales.

Si sus comprobantes no muestran las horas debería adjuntar una carta de su empleador en hoja timbrada de la empresa indicando el número de horas que trabaja por semana y su tarifa por hora.

Trabajo por cuenta propia:

- Proporcionar su impuestos Y transcripción de declaración del IRS más actual, anexo C o C-EZ forma 1040 / formulario de ganancias y pérdidas. Las transcripciones pueden solicitarse en línea <https://www.irs.gov/individuals/get-transcript>

Asistiendo a la Universidad:

- Programa de la escuela actual. Programa deberá indicar: su nombre, día inicio y fin de fecha de término de clases/corriente y total de créditos. Si el calendario no indica esta información proporciona una carta de la escuela en papel timbrado de la escuela.

Pensión Infantil:

- Si es ordenado por tribunal imprimir registró en <https://www.njchildsupport.org> y proporcionar: desembolso a informe de CP y la página de la obligación. Si la manutención que usted recibe es en efectivo: proporcionar una carta notariada del padre del niño indicando la cantidad que proporciona y la frecuencia debida.

Otro Ingreso y Documentos:

- Documentación de otros ingresos adicionales como un 2nd empleo, pensión infantil/alimenticia, seguro social, desempleo, por incapacidad, etc.
- Prueba de TANF y Asistencia de Vivienda (si lo recibes)
- Copia de certificado de nacimiento y tarjetas de seguro social para todo los niños en el hogar
- Copia de su tarjeta "Families First" si recibes beneficios de cupones de alimentos o dinero en efectivo de WFNJ/TANF
- ***El co-solicitante también debe proveer la misma información indicada***

**ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO ESTA SOLICITUD CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A:
somapp@communitychildcaresolutions.org**

Solicitud de Elegibilidad para Servicios de Cuidado Infantil y Educación Temprana

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Instrucciones para que el Solicitante Complete el Formulario de Elegibilidad de Servicios de Cuidado Infantil Las instrucciones siguientes van ligadas con las distintas secciones de este formulario. Por favor léalas con detenimiento

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN A:

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

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

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

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

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN B:

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

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

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

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

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN C

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

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

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN D:

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

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

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

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

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN E:

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

► INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCIÓN F:

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

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA**
ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Community Child Care Solutions 86 E Main St, Somerville, NJ
08876 email somapp@ccschildcare.org

A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE **POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) _____ (número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Parentesco del SOLICITANTE con los niños: Padre Madre Adulto responsable legalmente Padre de crianza Otro: _____

2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE (Si aplica) NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

3. DIRECCIÓN DE LA CASA (número y calle) _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Condado: _____ Distrito escolar: _____

4. TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____

5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA: _____ **NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA:** _____ **TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA :** _____

En el tamaño de la familia se debe incluir a padres, cónyuges, hijos para los que se solicita el subsidio, otros niños dependientes, o adultos reclamados en el formulario IRS 1040 del solicitante o cosolicitante. Cuando se trata de parientes, en el tamaño de la familia se debe incluir el niño para quien se solicita el subsidio y todos los dependientes reclamados en el formulario IRS 1040 del abuelo, tía o pariente. Para los casos de DYFS, un niño y cualquiera de sus hermanos que vivan en la misma casa y que están colocados en una ubicación fuera del hogar pagada por DYFS, deben contarse para determinar el tamaño de la familia.

B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA **ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES**
No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.

	PADRE O MADRE/SOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i>				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE <i>Indique el ingreso bruto del(la) actual:</i>			
	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO
1. Sueldo y salario (bruto)								
2. Pensiones, jubilaciones								
3. Beneficios de seguro social/suplementaria								
4. Compensación laboral/desempleo								
5. Asistencia en efectivo TANF								
6. Pensión infantil/alimenticia								
7. Otro: _____								
8. INGRESO BRUTO TOTAL								

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

	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
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: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem		<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem		<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año _____	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
para el trabajo/escuela/capacitación _____	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> 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 <i>COMPROBANTES</i> <input type="checkbox"/> Servicios <i>CONTRATADOS</i> 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)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): 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)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): 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)
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
ETNICIDAD: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____		
El menor tiene una necesidad especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación _____		
¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).		

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente
USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): KC _____/____
Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$___ Semanal \$___ Mensual. Fecha de inscripción: ____/____/____

SE LE PUEDE REQUERIR QUE PROPORCIONE PRUEBA ADICIONAL DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESO, CIUDADANIA O RESIDENCIA PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD. LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO REQUERIDA PUEDE INCLUIR EL FORMULARIO 1040 DEL IRS MÁS RECIENTE, COBROS DE SERVICIOS BÁSICOS (ENERGÍA, AGUA, TELÉFONO) O EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
 ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

Nombre del padre/solicitante: _____
 Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

COMPLETE PARA CADA MENOR ADICIONAL PARA EL QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO EL SUBSIDIO

4 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 4 NÚM. DE SEG. SOC. FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No Sexo Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial No Sí. *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

5 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 5 NÚM. DE SEG. SOC. FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No Sexo Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial No Sí. *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

6 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 6 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No Sexo Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí. *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que sí, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit) Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____

7 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7 NÚM. DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

(Apellido) _____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____
La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco
ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No Sexo Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial No Sí. *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

¿Es el menor un ciudadano Norteamericano o residente legal? No Sí. *Si contesto que SI, adjunte la verificación (copia de la tarjeta de Seguro Social y Certificado de Nacimiento o si corresponde, Tarjeta de Residente Legal).*

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de NJ Spirit.): Programa: _____ Código: _____ Componente: _____

Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal _____ Mensual _____ Fecha de inscripción: ____/____/____



**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE
CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Por este medio yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información anterior es correcta y verdadera a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o hacer que otras personas oculten información es contrario a la ley y que me (nos) sujetaría a un posible enjuiciamiento. Asimismo entiendo (entendemos) que:

1. Aceptar asistencia financiera de cuidado infantil no es para mi (nuestro) uso o gastos personales y que los fondos gubernamentales federales, estatales y locales son para uso y se deberán utilizar en costos asociados directamente con los servicios dados por un proveedor de cuidado infantil.
2. Es contrario a la ley obtener asistencia financiera para servicios de cuidado infantil al proporcionar información falsa o engañosa, lo que incluye, aunque no se limita a información sobre mi elegibilidad y(o) información que se relaciona con la asistencia de un menor para registros de un proveedor, hojas de asistencia o formularios de pagos de comprobantes. Algunos ejemplos de comportamiento ilegal incluyen, aunque no se limitan a:
 - Falta de informar con precisión todas las fuentes de mi (nuestro) ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, no reportar múltiples fuentes de ingreso o un aumento o reducción de jornal/salario, pagos de pensión infantil o pensión alimenticia o cualquier otro ingreso.
 - Falta de informar con precisión la cantidad de mi ingreso. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a, informar la(s) cantidad(es) exacta(s) de ingreso del empleo propio; alquiler de propiedades o cambio o alteración de la información que aparece en los talonarios de los cheques de pago.
 - Falta de informar con precisión el número de miembros del hogar. Algunos ejemplos incluyen, aunque no se limitan a no informar que mi cónyuge u otro padre/tutor legal está viviendo en el hogar.
 - Firmar de antemano y poner la fecha en los formularios de certificación de comprobantes, hojas de asistencia u otros archivos utilizados por el proveedor para rastrear y verificar la asistencia de un menor.
 - Falta de verificar con precisión la asistencia de un menor en los formularios de registro de asistencia dando los marcos de tiempo de informe.
3. Esta información se da con relación a los fondos gubernamentales federales, estatales y locales, y se utilizará a través de programas de comparación computarizada para confirmar la precisión de mi(s) declaración (declaraciones), así como para verificar mi (nuestro) ingreso, recursos y necesidad de asistencia de cuidado infantil, según sea necesario.
4. Es voluntario proporcionar la información solicitada, lo cual incluye números de seguro social del Padre/Madre/Solicitante. El personal de la agencia puede utilizar mi (nuestra) información de nombre y seguro social con agencias federales y estatales, así como con otras fuentes que consideren necesarias para examen oficial. Sin embargo, se requieren copias de los certificados de nacimiento, de las tarjetas de Seguro Social, de las tarjetas de Residente Legal, si es el caso, de todos los niños para los que se 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: _____

PLAN DE 12 MESES DEL CUIDADO DEL NIÑO/A – NEW JERSEY CARES FOR KIDS (NJCK)

El programa NJCK requiere que crees un plan de cuidado del niño/a para los 12 meses, (incluyendo el verano). Su plan establecerá la cantidad de dinero que se requiere para el cuidado infantil de su familia durante el año fiscal.

Nombre Del Padre/Madre: _____ Correo electrónico Del padre/madre _____

Número de teléfono Celular: _____ Numero de teléfono Del hogar: _____

Nombre del niño/a: _____ (UTILIZE UNA PAGINA DE ESTA PARA CADA NIÑO/A)

Si su niño/a esta actualmente atendiendo algún centro de cuidado o proveedor favor de completar la siguiente información:

INFORMACION DEL CENTRO O PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL:

Nombre: _____

Costo de la Matricula:

Dirección: _____

\$ _____ semanal o mensual

Número de teléfono: _____

Por favor complete las horas de cuidado necesario: (Ejemplo) Lunes – Viernes 3:00 PM – 6:00 PM

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

PLAN DE CUIDADO DEL NIÑO/A PARA EL VERANO

{Complete la siguiente sección solo si el cuidado del niño/a cambiara durante el verano}

Fecha de inicio del cuidado de verano _____ Fecha final del cuidado de verano _____

INFORMACION DEL CENTRO O PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL:

Nombre: _____

Costo de la Matricula:

Dirección: _____

\$ _____ semanal o mensual

Número de teléfono: _____

Por favor complete las horas de cuidado necesario: (Ejemplo) Lunes – Viernes 7:00AM – 6:00PM

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

Tenga en cuenta: al completar este formulario usted asistirá a la trabajadora de su caso crear un plan de 12 meses para el cuidado infantil de su niño/a para garantizar que reciba la cobertura necesaria. Este formulario no es un contrato o acuerdo y no ocupa el lugar de uno. Usted y su proveedor infantil aun deberán completar un acuerdo oficial de cuidado infantil para autorizar los pagos de subsidio.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado infantil marque esta casilla.

También se pueden encontrar referencias en nuestro sitio web www.communitychildcaresolutions.org



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 otro 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



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

PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

Anexo a la solicitud

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

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

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

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

El (la) solicitante:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo No Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar No Sí

Trabaja por cuenta propia No Sí

¿Hay un(a) co-solicitante? No Sí

Si la respuesta es sí:

Está en el servicio militar activo de tiempo completo No Sí

Está en la Guardia Nacional/Reserva Militar No Sí

Trabaja por cuenta propia No Sí

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

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

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

Nombre del solicitante

Firma del (la) solicitante

Fecha de hoy

Nombre del co-solicitante

Firma del (la) co-solicitante

Fecha de hoy

DISCRIMINACIÓN

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

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

Guía De Recursos Para Las Familias

Por más que se esfuerce, a veces es difícil llegar a fin de mes.

New Jersey brinda varios programas para apoyar a las familias de bajos ingresos.



■ NJ FamilyCare

Seguro de salud gratuito o de bajo costo NJ FamilyCare está a disposición de los niños, las mujeres embarazadas, los padres o parientes cuidadores, adultos solteros y parejas sin niños. Dependiendo del tamaño de su familia y de su ingreso mensual, usted podría ser elegible.

Para obtener más información, o para realizar una solicitud, llame al **1-800-701-0710** o visite www.njfamilycare.org.

■ Programas de asistencia para energía

Ayuda para pagar sus cuentas de energía

Los hogares de bajos ingresos que sean elegibles y que tienen dificultades para pagar sus cuentas de calefacción y aire acondicionado pueden comunicarse con esta oficina para obtener asistencia financiera. Entre los programas disponibles se incluyen el **Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)** y el **Universal Service Fund (USF)**.

Para obtener más información, llame al **1-800-510-3102** o visite www.energyassistance.nj.gov.



■ NJ Earned Income Tax Credit (EITC)

Disminuya sus impuestos

El NJEITC es un beneficio tributario especial para las familias y las personas

trabajadoras de bajos ingresos. Usted podría recibir un reintegro de dinero aún cuando usted no adeude ningún impuesto estatal. Para obtener el crédito, usted debe presentar un formulario tributario federal, ser elegible para el EITC federal, presentar un formulario tributario estatal y cumplir con los requisitos de ingresos.

Por ejemplo, una familia con 3 niños o más que, en el año 2014, gane menos de \$46,997 (\$52,427 para las parejas casadas trabajadoras) puede obtener un crédito EITC federal y estatal combinado de hasta \$7,371.

Información sobre el EITC estatal, está disponible en **1-888-895-9179** ó en www.njeitc.org. Información sobre el EITC federal está disponible en **1-800-829-1040** ó en www.irs.gov/eitc.

■ New Jersey WIC Services

NJ WIC proporciona alimentos nutritivos suplementarios a mujeres embarazadas, en período de lactancia y después del parto, y a los bebés y niños hasta los cinco años de edad. Los servicios WIC incluyen educación sobre nutrición, apoyo y promoción a la lactancia, evaluación para inmunizaciones y derivaciones para atención de la salud.

Para obtener más información, llame al **1-866-44 NJ WIC (446-5942)** o visite www.njwic.org.

■ Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD)

PAAD ayuda a pagar por los medicamentos recetados y los suministros médicos tales como insulina, agujas para insulina, y jeringas.

Para participar en PAAD, usted debe ser: un residente de NJ de 65 años de edad o mayor, o de por lo menos 18 años de edad y que recibe los beneficios para discapacitados del Título II del Seguro Social; reúne los requisitos sobre ingresos; y está inscrito en el plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Para obtener más información, llame al **1-800-792-9745** o visite www.njpaad.gov

Otros Recursos Importantes

■ **Línea directa para problemas de Adicción de New Jersey**
1-800-238-2333

■ **Division of Disability Services**
Se concentra en brindar servicios a personas que se han discapacitado al llegar a la edad adulta.
1-888-285-3036

■ **1-888-LSNJ-LAW** - Proporciona información legal a los residentes de bajos ingresos de NJ.
1-888-576-5529

■ **EndHunger NJ** - Proporciona información sobre los programas de ayuda alimentaria de las despensas de alimentos locales y los comedores populares para los residentes de NJ con bajos ingresos.
www.endhungernj.org

■ **Línea directa para beneficios de la Administración de Veteranos**
1-888-8NJ-VETS (865-8387)

■ **Línea directa para casos de Violencia Familiar/Doméstica**
1-800-572-7233

■ **Línea directa para casos de Abuso/Negligencia de Niños**
1-877-NJABUSE (652-2873)

■ **NJ Dept. of Children and Families**
Proporciona otros tipos de apoyo a los niños, familias y mujeres.
www.nj.gov/dcf

■ **Centro de Recursos de Vivienda de NJ**
1-877-428-8844 o www.nj.gov/njhrc



Puede evaluarse usted mismo para todos estos programas y muchos otros en www.njhelps.org, un sitio web confidencial y fácil de usar.



Busque recursos de servicios humanos y de salud del estado o locales para tratar sus necesidades urgentes o sus inquietudes cotidianas. www.nj211.org

Estado de New Jersey

Phil Murphy, *Gobernador* Sheila Oliver, *Vice gobernadora*

Departamento de Servicios Humanos ■ División de Desarrollo Familiar ■ www.nj.gov/humanservices/dfd

* USDA es un empleador y proveedor que brinda igualdad de oportunidades *