

## INCOME FROM EMPLOYMENT AND OTHER SOURCES

### INCOME – ANSWER ALL QUESTIONS LISTED BELOW

Indicate if you or anyone with you receives income from:	Yes/No	Gross Amount	Period (e.g., week, month, etc.)	Type of Documentation (e.g., paystubs, Social Security award letter, etc.)
Employment/self-employment including overtime, commissions, training programs, tips.				
Child Support Payments (received)				
Alimony/Support (received)				
Unemployment Insurance Benefits				
Social Security Benefits (including SSI)				
Disability Benefits (NYS, VA, Private)				
Rental/Boarders/Lodgers Income (received)				
Other (please specify)				

### ADDITIONAL REVENUE / INCOME

**YES**

**NO**

Cash, or monetary assistance through the Temporary Assistance to Needy Families (TANF) or Public Assistance (PA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Housing voucher or cash assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food Stamps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other Federal cash income programs (such as SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Official Use Only:

**CHANGES:**

I agree to inform the agency promptly of any changes in my needs, income, living arrangement or address to the best of my knowledge and belief. I agree to inform the agency promptly of any change in the child care arrangements, including where child care is provided, who is providing care, provider's fees and hours for which child care is needed.

**CERTIFICATION:** I swear and/or affirm under the penalties of perjury that all of the information I have given or will give to the New York City Administration for Children's Services relating to Child Care assistance is correct.

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED	HUSBAND/WIFE SIGNATURE	DATE SIGNED

## INGRESOS DE EMPLEO Y DE OTRAS FUENTES

### INGRESOS – CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS MAS ABAJO

Indique si usted o cualquier persona que viva con usted recibe Ingresos de:	Si/No	Cantidad Bruta	Periodo (p.ej., semana, mes, etc.)	Tipo de Documentación (p.ej., talones de paga, carta de concesión de Seguro Social, etc.)
Empleo/trabajo-independiente, incluyendo horas suplementarias, comisiones, programas de capacitación, propinas.				
Pagos de Cuidado Infantil (recibidos)				
Pensión Alimenticia/Ayuda Económica (recibidos)				
Beneficios de Seguro de Desempleo				
Beneficios de Seguro Social (incluido el SSI)				
Beneficios por Incapacidad (NYS, VA, de fuentes privadas)				
Ingresos procedentes de Inquilinos/Huéspedes (recibidos)				
Otras fuentes (favor de listar)				

### INTERESES ADICIONALES / INGRESOS

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Dinero en efectivo o asistencia a la vez de asistencia temporal a familias (TANF) o Asistencia Pública (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantía de Alquiler o Asistencia Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros programas de ingresos federal en efectivo (como SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Únicamente Para Uso Oficial**

**CAMBIOS:**  
Acuerdo informar, **sin demora** y según mi leal saber y entender, a la agencia de cualquier cambio en mi situación, ingresos, vivienda o dirección. Acuerdo igualmente informar a la agencia sin demora de cualquier cambio en el cuidado infantil, incluyendo la ubicación de mismo, la persona prestandolo, las tarifas cobradas y las horas durante la cuales hace el falta el cuidado.

**DECLARACIÓN:** So pena de perjurio, doy fe de que todos los datos que he suministrado hasta el momento, o que suministraré en el futuro, a la Administración de Servicios de Niños de la ciudad de Nueva York relativos a la Asistencia de Cuidado Infantil son o serán exactos.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO/ESPOSA	FECHA DE LA FIRMA