



66 John Street/8<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038

[Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov](mailto:Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov)  
[www.nyc.gov/acs](http://www.nyc.gov/acs)

## **MEMORANDO**

**Para:** Todos los padres/tutores que soliciten asistencia para cuidado infantil

**Ref.:** Estado inmigratorio

---

DETERMINADOS PROGRAMAS EXIGEN EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO QUE NECESITA CUIDADO INFANTIL ES CIUDADANO O NATIVO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UNA PERSONA QUE TIENE UN ESTADO INMIGRATORIO SATISFACTORIO.

NO SE LE PREGUNTARÁ SU ESTADO INMIGRATORIO NI EL DE NINGUNA OTRA PERSONA DEL GRUPO FAMILIAR, EXCEPTO EL DE LOS NIÑOS QUE NECESITEN CUIDADO INFANTIL.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una lista de los programas de cuidado y educación temprana subsidiados que no exigen evidencia del estado inmigratorio o la ciudadanía de un niño, llame a la línea directa de Bienestar Infantil y Familiar de la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services, ACS) al (212) 835-7610 o visite nuestro sitio web en <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>.

# Solicitud de asistencia para cuidado infantil

Lea las instrucciones (CFWB-012A) y revise la lista de verificación de documentos (CFWB-012B) para obtener ayuda para completar esta solicitud e información sobre los documentos que se requieren.

**ATENCIÓN:** Esta solicitud se utiliza para solicitar únicamente asistencia para cuidado infantil de categoría 2 o 3\* (para familias que no reciben ayuda económica). Para solicitar ayuda económica u otros beneficios, incluida la asistencia para cuidado infantil de categoría 1 (para familias que reciben ayuda económica), debe usar la Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921).

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Deben llenarse todas las secciones de este formulario para que puedan considerarse completas, excepto que la sección se identifique como opcional. Si no completa todas las secciones obligatorias de este formulario, es posible que no lo tengan en cuenta para la asistencia para cuidado infantil.

Los siguientes solicitantes podrían reunir los requisitos necesarios para recibir asistencia para cuidado infantil independientemente de los ingresos y sin tener que completar esta solicitud:

- Padres de cuidado temporal que necesitan asistencia para cuidado infantil que les permita trabajar y que solo solicitan asistencia para los hijos en cuidado temporal.
- Familias que reciben servicios preventivos o de protección.

ESCRIBA TODO EN LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA

Consulte las instrucciones de la solicitud (CFWB-012A) para obtener detalles.

Nueva  Cambio/Rectificación  Reapertura

SOLO PARA USO INTERNO	N.º de caso:	Fecha de solicitud:			
<b>Sección 1 SOLICITANTE</b>	Apellido (incluya sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis):	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Estado civil:	
	Dirección particular:	N.º de apto.:	Ciudad/Distrito:	Estado:	Código postal:
	¿Es esta una dirección temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿la familia reside actualmente en (marcar una opción): <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda compartida con otra familia <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Automóvil, autobús, tren <input type="checkbox"/> Parque, campamento <input type="checkbox"/> Otro				
	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):	Teléfono (celular u otro):	Correo electrónico:	
	¿Recibe ayuda económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de CA:	¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	¿Cuál es su idioma preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	

Enumere a todos los menores de su hogar que necesitan cuidado infantil (solo los menores que necesitan cuidado).

<b>Sección 2A MENORES QUE NECESITAN CUIDADO</b>	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo	¿Los dos padres del menor residen en la vivienda?	Origen étnico Hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas a continuación)	Número del Seguro Social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El menor es ciudadano/nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio?
	1.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*Categoría 1: Familias que reúnen los requisitos necesarios para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben ayuda económica (Cash Assistance, CA), que reciben asistencia para cuidado infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

\*\*El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia.

Categoría 2: Familias que reúnen los requisitos necesarios cuando hay fondos disponibles.  
Categoría 3: Familias que reúnen los requisitos necesarios cuando hay fondos disponibles, y a las que la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services, ACS) ha incluido en su Plan de servicios para niños y familias.

Códigos de afiliación racial:

- AI** Nativo americano o de Alaska
- AS** Asiático
- BL** Negro o afroamericano
- HP** Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- WH** Blanco

Enumere al **resto** de los miembros del grupo familiar (no detallados en la Sección 2A), incluidos los niños menores de 18 años que **no** necesitan cuidado infantil. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted.

Sección 2B INTEGRANTES DE LA FAMILIA	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Origen étnico	Raza**	Número del Seguro Social	
	<i>(incluya sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis)</i>				MM/DD/AA		Hispano o latino**	<i>(vea la leyenda de la derecha)</i>	<i>(opcional)</i>	
	1.				Usted		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	2.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	3.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	4.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	5.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	6.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	7.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8.						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Para agregar a otros integrantes de la familia, adjunte una hoja aparte. Incluya información del cónyuge, del padre o del cuidador de los menores para los que se solicita cuidado que vivan en el hogar.

Códigos de afiliación racial:

- AI** Nativo americano o de Alaska
- AS** Asiático
- BL** Negro o afroamericano
- HP** Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- WH** Blanco

SOLO PARA USO INTERNO Tamaño de la familia:

Sección 3 NECESIDADES DEL MENOR/DE LA FAMILIA	¿Cuál es el motivo de la solicitud de asistencia para cuidado infantil?	¿Alguno de los padres presta servicios actualmente (a tiempo completo) en el Ejército estadounidense?	¿El solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil a través de otra solicitud? Si la respuesta es afirmativa, especifique la agencia:
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Actividades educativas o de formación vocacional <input type="checkbox"/> Recepción de servicios por violencia doméstica <input type="checkbox"/> Carencia de vivienda <b>¿Hay un padre sin custodia disponible para brindar cuidado infantil?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>¿Alguno de los padres es actualmente miembro de la Guardia Nacional o la Unidad de Reserva del Ejército?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Departamento de Educación (Department of Education, DOE) <input type="checkbox"/> Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) <input type="checkbox"/> Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Personas sin Hogar (Department of Homeless Services, DHS) <input type="checkbox"/> Consorcio de Educación para los Trabajadores (Consortium for Worker Education, CWE)

Sección 4 EMPLEO (si el empleo es el motivo del cuidado)	Nombre del empleador del solicitante:		Teléfono:	Dirección:	Ciudad/Distrito:	Estado:	Código postal:	
	Fecha de inicio del empleo:	¿El trabajo tiene turnos rotativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El trabajo requiere horas extras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si el solicitante tiene un segundo trabajo							
	Nombre del empleador:		Teléfono:	Dirección:	Ciudad/Distrito:	Estado:	Código postal:	
	Fecha de inicio del empleo:	¿El trabajo tiene turnos rotativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El trabajo requiere horas extras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar</b>								
Nombre del empleador:		Teléfono:	Dirección:	Ciudad/Distrito:	Estado:	Código postal:		
Fecha de inicio del empleo:	¿El trabajo tiene turnos rotativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El trabajo requiere horas extras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar tiene un segundo trabajo								
Nombre del empleador:		Teléfono:	Dirección:	Ciudad/Distrito:	Estado:	Código postal:		
Fecha de inicio del empleo:	¿El trabajo tiene turnos rotativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El trabajo requiere horas extras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



Sección 5  
**CRONOGRAMA DE TIEMPO DE VIAJE/  
ACTIVIDAD/TRABAJO**

Cronograma típico de trabajo/actividades (es decir, actividades educativas o vocacionales)

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta

Cronograma típico de trabajo/actividades del otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta

Complete el siguiente cronograma **solo** si el padre tiene un segundo turno, trabajo o actividad

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta

Complete el siguiente cronograma **solo** si el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta	desde hasta

Tiempo de viaje      Vuelta: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/actividad  
 Marque una de las siguientes opciones:  15 minutos  30 minutos  45 minutos  1 hora  Más de una hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora      ¿Transporte público?  Sí  No

Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta la ubicación del proveedor de cuidado infantil  
 Marque una de las siguientes opciones:  15 minutos  30 minutos  45 minutos  1 hora  Más de una hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora      ¿Transporte público?  Sí  No

Cónyuge/Otro padre:      Vuelta: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/actividad  
 Marque una de las siguientes opciones:  15 minutos  30 minutos  45 minutos  1 hora  Más de una hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora      ¿Transporte público?  Sí  No

Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta la ubicación del proveedor de cuidado infantil  
 Marque una de las siguientes opciones:  15 minutos  30 minutos  45 minutos  1 hora  Más de una hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora      ¿Transporte público?  Sí  No

Indique si usted o alguna de las personas que presenta la solicitud con usted recibe dinero de las siguientes fuentes. Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer los requisitos de documentación.  
 COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA

Sección 6 <b>INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS</b>	Fuentes	Sí	No	Monto bruto	¿Con qué frecuencia? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, etc.)	¿Quién es el beneficiario?	SOLO PARA USO INTERNO	
							Tipo de documentación	Cálculos mensuales
	Salario del solicitante, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		Usted		
	Otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar Salario, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Ingresos netos como trabajador independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Pagos de manutención de menores (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Pensión alimenticia/manutención de cónyuge (recibidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Beneficios del seguro de desempleo, compensación para trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Beneficios del Seguro Social (incluido Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Beneficios por discapacidad (Estado de Nueva York, Administración de Veteranos [Veterans Administration, VA], privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Dividendos/intereses (acciones, bonos, ahorros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Jubilación, pensiones/anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Subsidio de ayuda económica, beneficios netos de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				
	<b>Ingresos totales</b>			\$				



**Sección 7  
PROVEEDOR**

Si usted reúne las condiciones para recibir asistencia para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil proporcionado en un centro o cuidado infantil proporcionado en el hogar. Si elige un proveedor que no tiene licencia o no está registrado, el proveedor debe estar inscrito como proveedor legalmente exento. Escriba a continuación los nombres y direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta.

Nombre:	N.º de programa (si corresponde)	Nombre:	N.º de programa (si corresponde)	Nombre:	N.º de programa (si corresponde)
Dirección:		Dirección:		Dirección:	

**Sección 8  
CERTIFICACIÓN**

1. Entiendo que la información que contiene este formulario se utilizará para determinar si mi familia o yo cumplimos con los requisitos para recibir servicios/ subsidio. Comprendo que, al firmar este formulario de solicitud, acepto cooperar por completo con todas las investigaciones que se realicen para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de asistencia para cuidado infantil. Si se solicita, proporcionaré información adicional.

2. En caso de que proporcione números del Seguro Social, estos podrán ser utilizados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.

3. Acepto informar a la agencia de inmediato sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, dirección, condiciones de vida, composición familiar o dirección donde se esté brindando el cuidado, sobre la persona que esté brindando el cuidado, o sobre las tarifas o el horario del cuidado infantil que se necesita.

4. Certifico que los menores que necesitan cuidado infantil especificados en la presente son ciudadanos o nativos de los Estados Unidos o personas que tienen un estado migratorio satisfactorio. Entiendo que la información sobre estos niños puede ser enviada al Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service, INS) para la verificación del estado migratorio, si corresponde. También comprendo que el uso o la divulgación de la información sobre estos niños se limita a personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación del estado migratorio y la administración o la ejecución de las disposiciones del Programa de Asistencia para Cuidado Infantil.

5. Entiendo que esta solicitud solamente se utilizará con el fin expreso de obtener asistencia para cuidado infantil. Para recibir otro tipo de asistencia, como Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid, ayuda económica u otros servicios, se requerirán otras solicitudes. Sin embargo, esta solicitud y la información que se obtenga como parte de una investigación sobre esta solicitud se pueden compartir con agencias municipales, estatales o federales a las cuales solicite o haya solicitado otro tipo de ayuda o beneficios.

6. Las leyes federales y estatales estipulan las sanciones en forma de multa, prisión o ambas si no dice la verdad al solicitar asistencia para cuidado infantil o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad, o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o su elegibilidad continua. Las sanciones también se aplican si oculta o no manifiesta hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir asistencia para cuidado infantil; o si oculta o no manifiesta hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o continuación de la asistencia para cuidado infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de otra persona, la asistencia para cuidado infantil debe utilizarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener asistencia para cuidado infantil ocultando información o proporcionando información falsa.

7. Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000.00.

La política y el compromiso de la Administración de Servicios para Niños de la Ciudad de Nueva York consisten en no discriminar por raza, credo, edad, color de piel, sexo, religión, nacionalidad, condición de ciudadano o de extranjero, discapacidad física o mental, género, identidad de género, orientación sexual, embarazo o estado civil.

Puede obtener información sobre sus derechos y responsabilidades en <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>  
**Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a la ACS de la Ciudad de Nueva York al (212) 835-7610 para solicitar que le envíen copias impresas de los siguientes folletos.**  
**LDSS-4148A:** Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades; **LDSS-4148B:** Lo que debe saber sobre los programas de Servicios Sociales; **LDSS-4148C:** Lo que debe saber en caso de emergencia.

**Certificación:** Juro y afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado o que le proporcionaré a la ACS de la Ciudad de Nueva York en relación con la asistencia para cuidado infantil es correcta. He leído y entiendo los avisos descritos anteriormente y adjuntos. Entiendo y acepto las certificaciones mencionadas anteriormente.

Ambos padres/cuidadores deben firmar a continuación si el grupo familiar incluye dos padres/cuidadores.

Firma del padre o cuidador: \_\_\_\_\_ Firma del otro padre/cuidador: \_\_\_\_\_ Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sección 9  
SOLO PARA USO INTERNO**

Días y horarios autorizados para el cuidado:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta

Elegibilidad determinada y aprobada por (nombre en letra de imprenta e iniciales): \_\_\_\_\_

Duración de la elegibilidad desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Códigos:** RFC: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_

Días y horarios autorizados para el cuidado para el cronograma de segundo turno/trabajo/actividad (complete solo si el padre proporciona un cronograma de segundo turno/trabajo/actividad en la Sección 5)

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta	desde	hasta

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 FS: \_\_\_\_\_

División de Bienestar Infantil y Familiar  
(Division of Child and Family Well-Being)  
**Instrucciones para completar la solicitud de asistencia  
para cuidado infantil de categoría 2 o 3\***

La disponibilidad de la asistencia para cuidado infantil depende de los fondos de la Subvención Global del Cuidado Infantil.  
Si no hay fondos disponibles, sus hijos podrán ser incluidos en la lista de espera.

Estimado(s) padre(s)/cuidador(es):

**ESTA SOLICITUD SE UTILIZA PARA SOLICITAR ÚNICAMENTE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DE CATEGORÍA FAMILIAR 2 O 3**

Si solicita únicamente asistencia para cuidado infantil de categoría 2 o 3 (para familias que no reciben ayuda económica), puede usar esta solicitud más breve. Si desea solicitar otros beneficios, como ayuda económica, Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (cupones para alimentos), Asistencia de Energía para el Hogar, Medicaid u otros servicios, incluida la asistencia para cuidado infantil de categoría 1 (para familias que reciben ayuda económica), pida la *Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York* (LDSS-2921).

Al enviar la solicitud de asistencia para cuidado infantil en lugar de la *Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York* (LDSS-2921), usted solicita asistencia para cuidado infantil solo en las categorías 2 y 3, es decir, cuando hay fondos disponibles. Usted no solicita asistencia para cuidado infantil de categoría 1, cuidado infantil garantizado.

Las siguientes instrucciones se proporcionan para ayudarlo a completar su solicitud. Cuando complete su solicitud, recuerde escribir claramente en letra de imprenta mayúscula (A, B, C) con tinta azul o negra. De forma alternativa, puede completar el formulario de manera electrónica, guardarlo e imprimirlo.

Con esta solicitud **debe** incluir documentos de respaldo, como constancia de ingresos, de dirección y de empleo.

**CONSULTE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENVÍO ADJUNTA (CFWB-012B) PARA CONOCER CUÁLES SON TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.**

**LEER ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD**

- ▶ Si recibe servicios de bienestar infantil de prevención o protección, o es un padre de cuidado temporal, es posible que ya reúna los requisitos necesarios para recibir asistencia para cuidado infantil y quizás no tenga que completar esta solicitud. Solicítele al asistente social de su caso que le haga una derivación para recibir asistencia para cuidado infantil.
- ▶ Si recibe ayuda económica (cash assistance, CA), debe comunicarse con el Centro de Trabajo de la Administración de Recursos Sociales (Human Resources Administration, HRA) para recibir asistencia para cuidado infantil.

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si algún campo obligatorio se deja sin completar, se considerará que toda la solicitud está incompleta.**

**SOLO PARA USO INTERNO**

Los cuadros sombreados de color gris son solo para uso interno. **No escriba** nada en estas secciones.

\*Categoría 1: Familias que reúnen los requisitos necesarios para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben ayuda económica (Cash Assistance, CA), que reciben asistencia para cuidado infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

Categoría 2: Familias que reúnen los requisitos necesarios cuando hay fondos disponibles.

Categoría 3: Familias que reúnen los requisitos necesarios cuando hay fondos disponibles, y a las que la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services, ACS) ha incluido en su Plan de servicios para niños y familias.

En la parte superior derecha, indique si está presentando una **solicitud nueva**, si está solicitando un **cambio** de estado/recertificación o si está solicitando la **reapertura** de su caso.

## SECCIÓN 1

## SOLICITANTE

El solicitante es el padre o cuidador adulto que solicita cuidado. A menos que se indique lo contrario, esta sección solo debe contener la siguiente

información del solicitante:

1. Escriba su apellido, nombre e inicial del segundo nombre. Escriba sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis.
  2. Indique cuál es su estado civil (soltero/a, casado/a, divorciado/a o viudo/a).
  3. Escriba su dirección particular.
  4. Indique si la dirección es temporal. Marque "Sí" solo si la familia actualmente vive en un refugio para personas sin hogar, en una vivienda compartida con otra familia, en un hotel/motel, en un automóvil/autobús/tren, en un parque/campamento o en otro lugar.
  5. Escriba sus números telefónicos, incluido el código de área: número de teléfono del trabajo, de la casa, celular u otro (si corresponde).
  6. Escriba su dirección de correo electrónico (opcional).
  7. Marque "Sí" o "No" para el estado de ayuda económica. **(Si es beneficiario de la ayuda económica, debe solicitar cuidado infantil a través de un trabajador del Centro de Trabajo de la Administración de Recursos Humanos).**
  8. Marque la casilla que corresponda al idioma que se habla con mayor frecuencia en su hogar. Si la respuesta es "Otro", escriba el nombre del idioma.
  9. Marque la casilla que corresponda al idioma en el que prefiere comunicarse. Si la respuesta es "Otro", escriba el nombre del idioma.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para la residencia de la ciudad de Nueva York.

## SECCIÓN 2A

## MENORES QUE NECESITAN CUIDADO

1. Escriba el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre de cada menor del grupo familiar para el cual solicita asistencia para cuidado infantil.
  2. Por cada niño del grupo familiar, escriba su relación con él (p. ej., hijo).
  3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada menor incluido.
  4. Indique si ambos padres del menor viven en el hogar.
  5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada menor para el que solicita asistencia es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia. Utilice los siguientes códigos.  
**AI** - Nativo americano o de Alaska      **AS** - Asiático      **BL** - Negro o afroamericano  
**HP** - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico      **WH** - Blanco
  7. Proporcione el número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de cada menor. No está obligado a proporcionar los SSN. Estos podrán ser utilizados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.
  8. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil tiene una discapacidad<sup>1</sup>. Si se determina que su hijo reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia para cuidado infantil, visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener una Solicitud de necesidades especiales.
  9. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil es ciudadano o nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio.
  10. Adjunte una hoja separada para incluir menores adicionales (si solicita cuidado para más de ocho [8] menores).
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para la ciudadanía/el estado migratorio únicamente para los menores que necesitan cuidado infantil.

<sup>1</sup> Un niño con una discapacidad o con necesidades especiales es un niño que no puede cuidarse a sí mismo y a quien le han diagnosticado una o más de las siguientes afecciones, a tal punto que afectan negativamente la capacidad del menor de funcionar con normalidad: discapacidad visual, sordera u otra discapacidad auditiva, discapacidad ortopédica, trastorno emocional, retraso mental, discapacidad del aprendizaje, discapacidad del habla, afección médica, autismo o varias discapacidades. Cualquiera de estos diagnósticos debe estar hecho por un médico, psicólogo matriculado o certificado u otro profesional que cuente con las credenciales adecuadas para hacer dicho diagnóstico.



## SECCIÓN 2B

## INTEGRANTES DE LA FAMILIA

1. Un integrante de la familia es cualquier otro integrante de todo su grupo familiar, incluidos los menores que no necesitan cuidado infantil. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted, incluidos el otro padre, el cuidador y el padrastro del menor, si corresponde. El cuidador es un tutor legal, un familiar encargado del cuidado o cualquier otra persona que sustituya a los padres del menor. Escriba el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre, si corresponde.
2. Escriba la relación que usted tiene con cada una de estas personas (p. ej., cónyuge, pareja, abuelo, padre, etc.).
3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada persona del grupo familiar.
4. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada miembro del grupo familiar es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia.
5. Complete la columna Raza para todas las personas que viven con usted. Puede elegir varias categorías de razas para una sola persona. El suministro de información sobre la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia. Utilice los siguientes códigos.  
**AI** - Nativo americano o de Alaska      **AS** - Asiático      **BL** - Negro o afroamericano  
**HP** - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico      **WH** - Blanco
6. Escriba el número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de los integrantes de su familia. El SSN es opcional. El SSN podrá ser utilizado por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.
7. Si su grupo familiar tiene más de ocho (8) integrantes, adjunte una hoja separada para detallar toda su información.  
► **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para todos los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si el cuidado infantil es necesario para el menor, a fin de verificar la relación de este con el padre/solicitante y comprobar su edad.

## SECCIÓN 3

## NECESIDADES DEL MENOR/DE LA FAMILIA

1. Marque las casillas correspondientes para indicar los motivos por los que solicita asistencia para cuidado infantil.
  - Empleo
  - Formación vocacional o actividades educativas
  - Recepción de servicios por violencia doméstica
  - Búsqueda de empleo
  - Carencia de vivienda
2. Marque "Sí" o "NO" para indicar si hay un padre sin custodia disponible para brindar cuidado infantil.
3. Marque la casilla correspondiente para indicar si alguno de los padres presta actualmente servicios a tiempo completo en el Ejército estadounidense. Debe marcar "Sí" o "No" para que la solicitud se considere completa.
4. Marque la casilla correspondiente para indicar si alguno de los padres es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de la Unidad de Reserva del Ejército. Debe marcar "Sí" o "No" para que la solicitud se considere completa.
5. Indique si el solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil a través de otra agencia y seleccione la agencia.  
► **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para cada motivo de cuidado infantil. La documentación del estado militar no es obligatoria. El solicitante debe proporcionar documentación sobre los ingresos recibidos por su servicio militar.



## SECCIÓN 4

## EMPLEO

(Completar por cada padre, cuidador o padrastro del grupo familiar que tenga un empleo, si el motivo por el cual solicita asistencia para cuidado infantil es el empleo, o si informa ingresos provenientes del empleo)

1. Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador del solicitante.
2. Escriba la fecha de inicio del empleo.
3. Marque la casilla correspondiente para indicar si su trabajo tiene turnos rotativos o requiere horas extras.
4. Si corresponde, escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador para el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar.
5. Si corresponde, escriba la fecha de empleo del otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar.
6. Si corresponde, marque la casilla correspondiente para indicar si el trabajo del otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar tiene turnos rotativos o requiere horas extras.

► **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para el empleo.

## SECCIÓN 5

## CRONOGRAMA DE TIEMPO DE VIAJE/ACTIVIDAD/TRABAJO

(Completar por cada padre, cuidador o padrastro del grupo familiar que tenga un empleo o tenga una actividad educativa/vocacional)

1. Escriba el horario de trabajo o de actividad regular programado para cada día de la semana. Indique si el horario es a. m. o p. m.
2. Si hay un segundo turno, trabajo o actividad, escriba el cronograma de esa actividad.
3. Si corresponde, escriba el horario de trabajo programado típico para cada día de la semana para el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar.
4. Si el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad, escriba el cronograma de esa actividad.
5. Marque el tiempo que le lleva al solicitante viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y regresar al trabajo/a la actividad.
6. Indique si el solicitante utiliza transporte público para viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y para regresar al trabajo/a la actividad.
7. Si corresponde, marque el tiempo que le lleva al otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y regresar al trabajo/a la actividad.
8. Indique si el otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar utiliza el transporte público para viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y para regresar al trabajo/a la actividad.

## SECCIÓN 6

## INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Para esta sección, responda solo los puntos en los que usted o un integrante del grupo familiar hayan obtenido ingresos. Proporcione información sobre sus ingresos/beneficios y los de cualquier otro integrante del grupo familiar adulto, incluidos su cónyuge que vive con usted, o un adulto que vive con usted y con quien usted tiene al menos un hijo en común. Además, incluya a las personas menores de 18 años que sean legalmente responsables de los menores para quienes se solicita la asistencia para cuidado infantil.

1. En cada tipo de ingreso, marque (✓) Sí o No para usted y para cualquier persona que viva con usted.
2. Por cada respuesta afirmativa, **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA** el monto o el valor en dólares (\$), la frecuencia con la que se reciben y el nombre de la persona que obtiene los ingresos.
3. **En la solicitud, deben informarse todos los ingresos.**
4. Si indica la recepción de ayuda económica, debe solicitar cuidado infantil a través de su trabajador del Centro de Trabajo de la HRA.
5. Si no está seguro dónde incluir un tipo de ingreso, puede incluir esta información en "Otra".

► **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-12B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para los ingresos.



## SECCIÓN 7

## PROVEEDOR

1. Si usted reúne las condiciones para recibir asistencia para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil proporcionado en un centro o cuidado infantil proporcionado en el hogar.
2. Si conoce el proveedor o el programa al que desea inscribir a su hijo, indique el nombre, la dirección y el número de programa de la ACS (si corresponde).

## SECCIÓN 8

## CERTIFICACIÓN

Lea la sección de certificación detenidamente y firmela. Si el solicitante completa la solicitud por otra persona, el solicitante debe firmar con su propio nombre. Si el grupo familiar está formado por dos padres, **ambos padres deben firmar la solicitud.**

Con su firma certifica que sus recursos familiares combinados no son superiores a \$1,000,000. Algunos ejemplos de recursos familiares son dinero en efectivo, cuentas de ahorro y cuentas corrientes, su vivienda, bienes raíces, automóviles, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas de jubilación individuales (Individual Retirement Account, IRA), planes 401(k), anualidades, fondo de fideicomiso, seguro de vida, contenido de cajas de seguridad, etc.

## SECCIÓN 9

## SOLO PARA USO INTERNO

No complete esta sección. La utilizará el personal que determinará si su familia reúne las condiciones para recibir cuidado.

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

La última página de la Solicitud de subsidio para cuidado infantil es una solicitud para inscribirse para votar. Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de votantes, llame al 311. Independientemente de si solicita inscribirse para votar o se niega a hacerlo, su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil y la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia no se verán afectadas.

## INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Puede obtener información sobre sus derechos y responsabilidades en <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

**Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a la ACS de la Ciudad de Nueva York al (212) 835-7610 para solicitar que le envíen por correo copias impresas de los folletos en los que se indican sus derechos y responsabilidades.**

- **LDSS-4148A:** *Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades*
- **LDSS-4148B:** *Lo que debe saber sobre los programas de Servicios Sociales*
- **LDSS-4148C:** *Lo que debe saber en caso de emergencia*

## Lista de verificación de envío de una nueva solicitud de asistencia para cuidado infantil

La Solicitud de asistencia para cuidado infantil (CFWB-012) debe incluir documentación de respaldo. Asegúrese de proporcionar documentación para cada requisito de elegibilidad del subsidio.

### 1 SOLICITUD (CFWB-012)

Asegúrese de completar todas las secciones, incluido lo siguiente:

- Firma de ambos padres, si el grupo familiar está formado por dos padres  Estado militar (Sección 3)  Tiempo de viaje (Sección 5)

### 2 RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Copia de **uno** de los siguientes documentos:

- Tarjeta de identificación de la ciudad de Nueva York (NYC Identification Card, IDNYC)  Carta de adjudicación de la Sección 8  Certificado de la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Housing Authority, NYCHA)  
 Licencia de conducir  Recibo de alquiler  Otro  
 Factura de servicios públicos

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si la documentación de "Otro" no es satisfactoria, la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services, ACS) se lo comunicará al solicitante.

### 3 SOLO PARA MENORES QUE NECESITAN CUIDADO INFANTIL: ESTADO INMIGRATORIO/CIUDADANÍA

Copia de **uno** de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento de EE. UU.  Tarjeta de registro de extranjero, que incluye residencia permanente o tarjeta verde  
 Pasaporte estadounidense  Formulario FS-240 (Informe de nacimiento en el extranjero de un ciudadano estadounidense)  
 Certificado de naturalización  Otro

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si la documentación de "Otro" no es satisfactoria, la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services, ACS) se lo comunicará al solicitante.

### 4 RELACIÓN DEL MENOR CON EL PADRE/SOLICITANTE

Copia de **uno** de los siguientes documentos para **todos** los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si necesitan cuidado infantil o no:

- Certificado de nacimiento  Registro de adopción  
 Registro de bautismo  Orden judicial para custodia legal con responsabilidad financiera  
 Pasaporte con la firma de los padres

### 5 EDAD

Copia de **uno** de los siguientes documentos para **todos** los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si necesitan cuidado infantil o no:

- Certificado de nacimiento  Registro de adopción  
 Registro de bautismo  Tarjeta de registro de extranjero  
 Pasaporte

### 6 INGRESOS

Todos los solicitantes que presenten el formulario CFWB-012 deben proporcionar documentación de ingresos independientemente del motivo por el que solicitan cuidado.

**Si tiene un empleo:**

- Formulario CFWB-015: Referencia para el empleador sobre la información de ingresos del empleado

**O**

- Comprobantes de pago (quincenal = cada 2 semanas; bimensual = dos veces al mes)  
 Semanal: 4 comprobantes de pago actuales y consecutivos si el monto bruto es el mismo  
 Semanal: 12 comprobantes de pago actuales y consecutivos si el monto bruto varía  
 Quincenal/Bimensual: 2 comprobantes de pago actuales y consecutivos si el monto bruto es el mismo  
 Quincenal/Bimensual: 6 comprobantes de pago actuales y consecutivos si el monto bruto varía

Visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud. Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.

**Si es un trabajador independiente:**

- Si es un trabajador independiente desde hace un año o más: paquete de impuestos sobre la renta actual, completo y firmado (p. ej., 1040, 1065, Cronograma C, SE para sociedad, K-1, etc.)
- Si es un trabajador independiente desde hace menos de un año, complete y envíe la Declaración de información sobre ingresos de empleo independiente CFWB-031

**Otros ingresos:**

- Últimos cheques, comprobantes de pago o cartas de adjudicación actuales requeridos para otros ingresos identificados por el solicitante en el formulario CFWB-012, lo que incluye Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), beneficios por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSD), beneficios por desempleo, ingresos por alquiler, pensiones, anualidades, compensación para trabajadores, pensión alimenticia y manutención de menores.

**7**

**MOTIVOS DEL CUIDADO INFANTIL**

El solicitante debe documentar **uno** de los siguientes motivos del cuidado infantil:

**a) Trabajar un mínimo de 20 horas o más por semana:**

- Consulte la sección Ingresos más arriba para conocer cuáles son los documentos obligatorios sobre el empleo o el empleo independiente.

**b) Actividad educativa/vocacional:**

Dos (2) años de formación en una escuela vocacional o en un instituto de educación superior (**uno** de los siguientes documentos)

- Formulario CFWB-005 con el sello de la escuela
- Una carta de la institución de formación con el membrete oficial también es aceptable, pero debe contener toda la información necesaria reflejada en el formulario CFWB-005

Cuatro (4) años de formación en un instituto de educación superior a tiempo completo más trabajo

- Formulario CFWB-015 O comprobantes de pago que indiquen 17 horas y media de trabajo por semana

**Y uno** de los siguientes:

- Formulario CFWB-005 con el sello de la escuela
- Una carta de la institución de formación con el membrete oficial también es aceptable, pero debe contener toda la información necesaria
- reflejada en el formulario CFWB-005

**c) Búsqueda de empleo (uno de los siguientes documentos):**

- Formulario CFWB-026: Registro de búsqueda de empleo
- Plan de búsqueda de empleo aprobado del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
- Comprobante de recepción del seguro de desempleo

**d) Carencia de vivienda (uno de los siguientes documentos):**

- Referencia escrita del hotel/refugio
- Testimonio/Cuestionario de vivienda CFWB-027

**e) Derivación por violencia doméstica (del proveedor de servicios por violencia doméstica):**

- Derivación a servicios por violencia doméstica

Visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud. Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.



# Formulario de registro de votantes del estado de Nueva York

## Regístrese para votar

Con este formulario, usted se registra para votar en las elecciones del estado de Nueva York. También puede usar este formulario para:

- cambiar el nombre o el domicilio en su información electoral
- afiliarse a un partido político
- cambiar su afiliación a un partido político

### Para registrarse, usted debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.;
- haber cumplido 18 años antes del final de este año;
- no estar en prisión ni en libertad condicional por haber cometido un crimen;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar.

## Envíe o entregue este formulario

Llene el formulario que sigue y envíelo al domicilio que corresponda a su condado que figura al dorso de este formulario, o lleve este formulario a la oficina de la Junta Electoral de su condado.

Envíe este formulario por correo o entréguelo como mínimo 25 días antes de la elección en la que quiera votar. Su condado le notificará que está registrado para votar.

### Si tiene alguna pregunta,

llame a la Junta Electoral de su condado que aparece al dorso de este formulario o al 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY Marque 711)

Encuentre las respuestas o las herramientas que necesita en nuestro sitio de internet [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

## Verificación de su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o mediante los últimos cuatro dígitos del número de su seguro social, que usted escribirá más abajo.

Si no tiene número de DMV o de Seguro Social, debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Puede incluir una copia de estos tipos de identificación con este formulario. Asegúrese de cerrar los lados del formulario con cinta adhesiva.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

If you are interested in obtaining this form in English, call 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

**!** Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Escriba con tinta azul o negra, por favor.

## ! ¿Califica para votar?

1 ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?  Sí  No  
Si responde *No*, no puede registrarse para votar.

2 ¿Tendrá usted 18 años o más el día de las elecciones o antes de esa fecha?  Sí  No  
Si responde *No*, no puede registrarse para votar a menos que vaya a tener 18 años a fin de año.

Uso exclusivo de la Junta electoral

## Su nombre

3 Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

## Más información

Los ítems 5, 6 y 7 son opcionales

4 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 5 Sexo  M  F

6 Teléfono \_\_\_\_\_ 7 Correo electrónico \_\_\_\_\_

## Domicilio en el que vive

8 Domicilio (que no sea un P.O. Box) \_\_\_\_\_  
Apt. Número \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Ciudad/Pueblo/Comunidad \_\_\_\_\_  
Condado del Estado de Nueva York \_\_\_\_\_

## Domicilio en que recibe el correo

No lo llene si es igual al anterior

9 Domicilio o P.O. Box \_\_\_\_\_  
P.O. Box \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Ciudad/Pueblo/Comunidad \_\_\_\_\_

## Antecedentes electorales

10 ¿Ha votado alguna vez?  Sí  No 11 ¿En qué año? \_\_\_\_\_

## Información sobre la votación que ha cambiado

Ignore si no ha cambiado o si no ha votado con anterioridad

12 Su nombre era \_\_\_\_\_  
Su domicilio era \_\_\_\_\_  
Su estado o condado dentro del Estado de Nueva York anterior era \_\_\_\_\_

## Identificación

Debe seleccionar una casilla Si tiene preguntas, consulte *Verificación de su identidad* más arriba.

13  Número de DMV del estado de Nueva York Nueva York Nueva York \_\_\_\_\_  
 Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social X X X - X X - \_\_\_\_\_  
 No tengo licencia de conducir del estado de Nueva York ni número de Seguro Social.

## Partido político

Debe seleccionar 1

La inscripción en un partido político es opcional, pero para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe inscribirse en ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.

14 **Deseo inscribirme en un partido político**  
 Partido Demócrata  
 Partido Republicano  
 Partido Conservador  
 Partido Verde  
 Partido de Familias Trabajadoras  
 Partido de la Independencia  
 Partido de Igualdad de las Mujeres  
 Partido de la Reforma  
 Otro \_\_\_\_\_  
**No deseo inscribirme en un partido político**  
 Ningún partido



## Declaración jurada: Juro o declaro que

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Habré residido en el condado, ciudad o comunidad por un mínimo de 30 días antes de las elecciones.
- Reúno todos los requisitos para inscribirme como votante en el estado de Nueva York.
- La firma o marca a continuación es de mi puño y letra.
- La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar hasta \$5,000 y/o encarcelar hasta un máximo de cuatro años.

Firma

Fecha

## Preguntas opcionales

15  Necesito solicitar una balota de Ausencia  
 Quisiera trabajar en una mesa electoral.

# Escriba el domicilio y coloque el timbres de correos en esta sección

Su domicilio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Coloque aquí un sello de correos de primera clase

Antes de enviar por correo retire la cinta, doble y selle.

Domicilio de su Junta Electoral (elija entre los que siguen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>New York City</b> 32 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 (212) 487-5300	<b>Chenango</b> 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	<b>Franklin</b> 355 West Main St. Ste. 161 Malone, NY 12953 (518) 481-1663	<b>Lewis</b> 7660 N. State St. Lowville, NY 13367 (315) 376-5329	<b>Oneida</b> Union Station 321 Main St. 3rd Fl. Utica, NY 13501 (315) 798-5765	<b>Putnam</b> 25 Old Route 6 Carmel, NY 10512 (845) 808-1300	<b>Schuyler</b> County Office Bldg. 105 9th St., Unit 13 Watkins Glen, NY 14891 (607) 535-8195	<b>Ulster</b> 284 Wall St. Kingston, NY 12401 (845) 334-5470
<b>Albany</b> 32 North Russell Road Albany, NY 12206 (518) 487-5060	<b>Clinton</b> Cnty Government Ctr. Ste. 104 137 Margaret St. Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4740	<b>Fulton</b> 2714 St. Hwy 29 Ste. 1 Johnstown, NY 12095 (518) 736-5526	<b>Livingston</b> County Govt. Ctr. 6 Court St. Room 104 Geneseo, NY 14454 (585) 243-7090	<b>Onondaga</b> 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 13204 (315) 435-3312	<b>Rensselaer</b> Ned Pattison Government Ctr. 1600 Seventh Ave. Troy, NY 12180 (518) 270-2990	<b>Seneca</b> One DiPronio Dr. Waterloo, NY 13165 (315) 539-1760	<b>Warren</b> Cnty. Municipal Ctr. 3rd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456
<b>Allegany</b> 6 Schuyler St. Belmont, NY 14813 (585) 268-9294	<b>Columbia</b> 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	<b>Genesee</b> County Building #1 15 Main St. Batavia, NY 14020 (585) 815-7804	<b>Madison</b> County Office Bldg. N. Court St. PO Box 666 Wampsville, NY 13163 (315) 366-2231	<b>Ontario</b> 74 Ontario St. Canandaigua, NY 14424 (585) 396-4005	<b>Rockland</b> 11 New Hempstead Rd. New City, NY 10956 (845) 638-5172	<b>Steuben</b> 3 E. Pulteney Sq. Bath, NY 14810 (607) 664-2260	<b>Washington</b> 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180
<b>Broome</b> Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Binghamton, NY 13902 (607) 778-2172	<b>Cortland</b> 112 River St. Suite 1 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	<b>Greene</b> 411 Main St. Ste. 437 Catskill, NY 12414 (518) 719-3550	<b>Monroe</b> 39 Main St. W. Rochester, NY 14614 (585) 753-1550	<b>Orange</b> 75 Webster Ave PO Box 30 Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	<b>St. Lawrence</b> 80 State Hwy 310 Canton, NY 13617 (315) 379-2202	<b>Suffolk</b> Yaphank Ave. PO Box 700 Yaphank, NY 11980 (631) 852-4500	<b>Wayne</b> 7376 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400
<b>Cattaraugus</b> 207 Rock City St. Suite 100 Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	<b>Delaware</b> 3 Gallant Ave. Delhi, NY 13753 (607) 832-5321	<b>Hamilton</b> Rte. 8 PO Box 175 Lake Pleasant, NY 12108 (518) 548-4684	<b>Montgomery</b> Old Courthouse 9 Park St. PO Box 1500 Fonda, NY 12068 (518) 853-8180	<b>Orleans</b> 14012 State Rte. 31 Albion, NY 14411 (585) 589-3274	<b>Saratoga</b> 50 W. High St. Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2249	<b>Sullivan</b> Gov't. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (845) 807-0400	<b>Westchester</b> 25 Quarropas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700
<b>Cayuga</b> 157 Genesee St. (Basement) Auburn, NY 13021 (315) 253-1285	<b>Dutchess</b> 47 Cannon St. Poughkeepsie, NY 12601 (845) 486-2473	<b>Herkimer</b> 109 Mary St. Ste. 1306 Herkimer, NY 13350 (315) 867-1102	<b>Nassau</b> 240 Old Country Rd. 5th Fl. Mineola, NY 11501 (516) 571-8683	<b>Oswego</b> 185 E. Seneca St. Box 9 Oswego, NY 13126 (315) 349-8350	<b>Schenectady</b> 2696 Hamburg St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	<b>Tioga</b> 1062 State Rte. 38 P.O. Box 306 Owego, NY 13827 (607) 687-8261	<b>Wyoming</b> 4 Ferry Ave. Warsaw, NY 14569 (585) 786-8931
<b>Chautauqua</b> 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4580	<b>Erie</b> 134 W. Eagle St. Buffalo, NY 14202 (716) 858-8891	<b>Jefferson</b> 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	<b>Niagara</b> 111 Main St. Ste. 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	<b>Otsego</b> Ste. 2 140 County Hwy. 33W Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4247	<b>Schoharie</b> County Office Bldg. 284 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	<b>Tompkins</b> Court House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	<b>Yates</b> Ste. 1124 417 Liberty St. Penn Yan, NY 14527 (315) 536-5135

## (Opcional) Regístrese para donar órganos y tejidos

Si quiere donar órganos y tejidos, puede inscribirse en el Registro *Donate Life™* del Departamento de Salud (DOH) del estado de Nueva York.

Regístrese en Internet en [www.nyhealth.gov](http://www.nyhealth.gov) o indique su nombre y domicilio a continuación.

Recibirá una carta de confirmación del DOH que también le ofrecerá la posibilidad de limitar su donación.



Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Sufijo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Apt. Número \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

| M | M | / | D | D | / | A | A | A | A |

Color de ojos \_\_\_\_\_

Sexo  M  F

Estatura \_\_\_\_\_

Pies \_\_\_\_\_

Pulg. \_\_\_\_\_

Mediante su firma a continuación, usted certifica que:

- tiene 18 años o más;
- presta su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información identificatoria al DOH para inscribirse en el Registro;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a los hospitales en caso de que usted fallezca.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha