

Solicitud de Ayuda para Cuidado Infantil

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

ATENCIÓN: Esta solicitud se usa a fin de solicitar únicamente Ayuda para Cuidado Infantil de categoría 2* (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: 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 Ayuda para Cuidado Infantil.

Los siguientes solicitantes podrían reunir los requisitos para recibir ayuda de cuidado infantil, independientemente de los ingresos, y no tienen que completar esta solicitud:

- padres de acogida que necesitan Ayuda para Cuidado Infantil a fin de poder trabajar y que solo están solicitando ayuda para los niños de acogida;
- familias que reciben servicios de protección o prevención.

Consulte las instrucciones de la solicitud (CFWB-012A) Nuevo Cambio/Recertificación Reapertura para obtener detalles.

SOLO PARA USO INTERNO

Nro. de caso: _____

Fecha de solicitud: _____

Sección 1- Solicitante	Apellido (incluya sobrenombres o apellidos de soltería entre paréntesis): _____		Nombre: _____		Inicial del segundo nombre (M.I.): _____		Estado civil: _____	
	Dirección de casa: _____		Nro. de apto.: _____		Ciudad/Distrito: _____		Estado: _____ Código postal: _____	
	¿Esta dirección es temporal?	Sí No	Si respondió afirmativamente, su familia reside en la actualidad en (marque una opción):		Refugio para personas sin hogar	Con otra familia	Hotel/Motel	Auto, autobús, tren Parque, campamento Otro
	Teléfono (trabajo): _____		Teléfono (casa): _____		Teléfono (celular u otro): _____		Correo electrónico: _____	
	¿Recibe ayuda económica?	Sí No	Nro. de ayuda económica (CA): _____		¿Cuál es su idioma principal?	Inglés Español Otro _____	¿Cuál es su idioma preferido?	

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

Sección 2A Menores que necesitan atención	Mencione a todos los menores de su hogar que necesitan cuidado infantil (solo los menores que necesitan cuidado).										
	Nombre (apellido, nombre)	M.I.	Vínculo	D.O.B.	Sexo	¿El padre y la madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (consulte la leyenda abajo)	Número del Seguro Social (Opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es un ciudadano estadounidense, es nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* Categoría 1: Familias que son elegibles para recibir una garantía de cuidado infantil y que solicitan o reciben Ayuda Económica (CA), que reciben Ayuda para Cuidado Infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir Ayuda para Cuidado Infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Códigos de afiliación racial:
AI Nativo americano o nativo de Alaska
AS Asiático
BL Negro o afroamericano
HP Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
WH Blanco

Mencione al resto de los miembros del grupo familiar (no detallados en la sección 2A), incluidos los 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 Familiares	Nombre (apellido, nombre) (incluya sobrenombres o nombres de soltería entre paréntesis)	M.I.	Vínculo	D.O.B.	Sexo	Identidad de género** (Opcional)	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (consulte la leyenda de la derecha)	Número del Seguro Social (opcional)
	1.			Usted					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

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

- Códigos de afiliación racial:
- AI** Nativo americano o nativo de Alaska
 - AS** Asiático
 - BL** Negro o afroamericano
 - HP** Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 - WH** Blanco

SOLO PARA USO INTERNO Tamaño de la familia: _____ **** El suministro de información sobre el género, el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir Ayuda para Cuidado Infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.**

Sección 3 Necesidades del menor/ de la familia	¿Cuál es el motivo de la solicitud de Ayuda para Cuidado Infantil?	¿Está el padre o la madre actualmente en servicio activo (tiempo completo) en el ejército de EE. UU.?	¿El solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil mediante otra solicitud?
	Empleo	Sí No	En caso afirmativo, indique la agencia:
Formación vocacional/actividades educativas	¿El padre o la madre es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de Reserva Militar?	Departamento de Educación (DOE)	
Recepción de servicios por violencia doméstica	Sí No	Administración de Recursos Humanos (HRA)	
Búsqueda de trabajo Indigencia	¿Hay un padre/una madre sin custodia disponible para dar cuidado infantil?	Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD)	
Participación en un programa aprobado de tratamiento para el abuso de sustancias	Sí No	Departamento de Servicios para Personas sin Hogar (DHS)	
		Consortio para la Educación de los Trabajadores (CWE)	
		Administración de Servicios para Niños (ACS)	

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 turno rotativo? Sí No
<i>Si el solicitante tiene un segundo trabajo</i>		
Nombre del empleador del solicitante : _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene turno rotativo? Sí No	¿El trabajo requiere OT? Sí No
Otro padre, madre, cuidador, padrastro o madrastra del grupo familiar		
Nombre del empleador del solicitante : _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene turno rotativo? Sí No	¿El trabajo requiere OT? Sí No
<i>Si el otro padre, madre, cuidador, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo trabajo</i>		
Nombre del empleador del solicitante : _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene turno rotativo? Sí No	¿El trabajo requiere OT? Sí No

Sección 5 Cronograma de tiempo de viaje/actividad/trabajo	Cronograma de trabajo/actividad típicos (es decir, actividad educativa/vocacional)													
	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a
	Cronograma de trabajo/actividad típicos para otro padre, madre, cuidador, padrastro o madrastra del grupo familiar													
	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a
	Complete el siguiente cronograma solo si el padre/la madre tiene un segundo turno, trabajo o actividad													
	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	
Complete el siguiente cronograma solo si el otro padre, madre, cuidador, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad														
Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	
Tiempo de viaje Entrega: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/la actividad														
Marque una de las siguientes opciones: 15 minutos 30 minutos 45 minutos 1 hora Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de 1 hora ____ ¿Transporte público? Sí No														
Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/la 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 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de 1 hora ____ ¿Transporte público? Sí No														
Cónyuge/Otro padre: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/la actividad														
Marque una de las siguientes opciones: 15 minutos 30 minutos 45 minutos 1 hora Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de 1 hora ____ ¿Transporte público? Sí No														
Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/la 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 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de 1 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. COMPLETE CON LETRA DE MOLDE

Sección 6 Información sobre ingresos	Fuentes	Sí /No	Cantidad bruta	¿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 formación, las propinas		\$		Usted		
	Otro padre, madre, cuidador, padrastro o madrastra del grupo familiar: salario, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de formación, las propinas		\$				
	Ingresos netos como trabajador independiente		\$				
	Pagos de manutención de menores (recibidos)		\$				
	Pensión alimenticia/manutención de cónyuge (recibidas)		\$				
	Beneficios del seguro de desempleo, compensación para trabajadores		\$				
	Beneficios del Seguro Social (incluida la Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI])		\$				
	Beneficios por discapacidad (estado de Nueva York [NYS], Administración de Veteranos [VA], privado)		\$				
	Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)		\$				
	Dividendos/intereses (acciones, bonos, ahorros)		\$				
	Jubilación, pensiones/anualidades		\$				
	Subsidio de ayuda económica (CA), beneficios netos de seguridad		\$				
	Otras (especificuelas):		\$				
	Ingresos totales		\$				

Sección 7 Proveedor

Si usted califica para recibir Ayuda para Cuidado Infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado 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 abajo los nombres y las direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta.

Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____
 Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____

Sección 8 Certificación

- 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, mediante mi firma en este formulario de solicitud, acepto cooperar por completo con todas las investigaciones que se realicen para verificar o confirmar la información que proporcioné o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de asistencia para cuidado infantil. Si se solicita, proporcionaré información adicional.
- En caso de que proporcione números del Seguro Social, estos los podrán utilizar las agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.
- Acepto informar a la agencia de inmediato sobre cualquier cambio en mis necesidades, mis ingresos, mi dirección, mis condiciones de vida, la composición familiar o la 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.
- Certifico que los menores que necesitan cuidado infantil especificados en la presente son ciudadanos o nativos de los EE. UU. o personas que tienen un estado migratorio satisfactorio. Entiendo que es posible que se presente la información sobre estos niños al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para la verificación del estado migratorio, si corresponde. También comprendo que el uso o la revelación 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.
- Entiendo que esta solicitud solamente se usará con el fin expreso de obtener asistencia para cuidado infantil. Para recibir otro tipo de ayuda, como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (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 que solicite o haya solicitado otro tipo de ayuda o beneficios.
- 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 revela hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir Ayuda para Cuidado Infantil; o si oculta o no revela hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted haya solicitado la obtención o la continuación de la Ayuda para Cuidado Infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de alguien más, la asistencia para cuidado infantil debe usarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener asistencia para cuidado infantil ocultando información o proporcionando información falsa.
- 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, país de origen, 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 sus responsabilidades en <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>
Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a la NYC ACS al (212) 835-7610 para solicitar que le envíen por correo copias físicas de los siguientes folletos.
LDSS-4148A: Lo que debe saber sobre sus derechos y sus 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 di o que daré a la ACS de la NYC en relación con la Ayuda para Cuidado Infantil es correcta.
 Léí y entiendo los avisos descritos arriba y adjuntos. Entiendo y acepto las certificaciones mencionadas arriba.
 Ambos padres/madres/cuidadores deben firmar a continuación si el grupo familiar incluye dos padres/madres/cuidadores.

Firma del padre o la madre o el cuidador: _____ Firma del padre o la madre o el cuidador: _____ Firma del padre o la madre o el cuidador: _____
 Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Sección 9 Solo para uso interno

Días y horarios de atención autorizados:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a

Elegibilidad determinada y aprobada por (nombre en letra de imprenta e iniciales): _____ Fecha: _____

Duración de elegibilidad de _____ a: _____ Códigos: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Días y horarios de atención autorizados para cronograma de segundo turno/trabajo/actividad (complete solo si el padre/la madre da un cronograma de segundo turno/trabajo/actividad en la sección 5)

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a

Niños adicionales (si corresponde)

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

Sección 2A Menores que necesitan atención	Nombre (apellido, nombre)	M.I.	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿El padre y la madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(Consulte la leyenda abajo)</i>	Número del Seguro Social <i>(Opcional)</i>	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es ciudadano estadounidense, nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											

* Categoría 1: Familias que son elegibles para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben Ayuda Económica (CA), que reciben Ayuda para Cuidado Infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición

Categoría 2: Familias elegibles cuando hay fondos disponibles

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir Ayuda para Cuidado Infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

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

Familiares adicionales (si corresponde)

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 Familiares	Nombre (apellido, nombre) <i>(incluya sobrenombres o nombres de soltería entre paréntesis)</i>	M.I.	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(Consulte la leyenda abajo)</i>	Número del Seguro Social <i>(Opcional)</i>
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
28.								

SOLO PARA USO INTERNO

Tamaño de la familia: _____

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir Ayuda para Cuidado Infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

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

Proveedores adicionales (si corresponde)

Proveedor	<p>Si usted califica para recibir Ayuda para Cuidado Infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado 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 abajo los nombres y las direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta.</p> <p>Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____</p> <p>Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____</p> <p>Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____</p> <p>Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____</p> <p>Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ Nro. de programa (si corresponde): _____</p> <p>Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>

Notas sobre ingresos