



**BOYS & GIRLS CLUB  
OF CLIFTON**

822 CLIFTON AVENUE  
CLIFTON, NJ 07015

PROGRAM INFORMATION  
TEL: (973) 773-2697  
FAX: (973) 773-3103

ADMINISTRATION  
(973) 773-0966

Robert Foster  
*Executive Director*

**BOARD OF TRUSTEES**

Dante Liberti  
*Chairman of the Board*

Richard Mariso  
*President*

Cindy DeVos  
*First Vice President*

Katrine Hyde, Esq.  
*Treasurer*

John I. Fette  
*Secretary*

Keith Oakley  
*Historian*

**BOYS & GIRLS CLUB OF CLIFTON  
GREAT FUTURES START HERE.**

Welcome to the Boys & Girls Club of Clifton's – Woodland Park School District state licensed After School Child Care Program for children in grades 3 – 4 year-olds for Woodland Park School #1.

The School #1 **WRAP AROUND PROGRAM** operates from 7:15 a.m. to School start and from School dismissal to 6:00 p.m. Parents will be assessed a \$5.00 late fee payable upon pick for every 15 minutes for any children remaining in the program after 6:15 p.m. Parent information booklets will be available at registration and confirmations will be mailed out in August. Program start date is **Monday, September 13th, 2021**. The cost of the After School Program yearly tuition is \$4,250 (\$425/month) for the first child and \$3,825 (\$382.50/month) for each additional child.

The first month's tuition is due at time of registration. Tuition is based on the school calendar and is divided into ten equal payments due by the 1<sup>st</sup> of each month. Tuition is not adjusted monthly to reflect vacation and or school holidays; included at no additional cost are ½ days. Snack is provided or parents may opt to have members bring a snack from home. Due to peanut allergies, we request that any snacks provided from home, do not contain nuts.

**Automatic Payment, Late and Return Check Fees**

The Club offers automatic payments for any parents who wishes to keep a credit card on file. Payments will be processed by the 10<sup>th</sup> of every month. Non automatic payments received after the 10<sup>th</sup> of each month will be assessed a late fee of \$10.00. There will be a fee \$25.00 assessed for each returned check.

**Income Eligibility**

The Boys & Girls Club of Clifton is a provided agency with the child care provided agency in Passaic County 4C's and will accept parent subsidy agreements. The Club will also offer reduced rates to those families that are income eligible. Applications will be approved on the basis of need (excluding membership and activity fees). Families eligible for partial scholarships must provide the Boys & Girls Club of Clifton with a completed After School program application and a photo copy of 2020 Income Tax Return claiming the child as a dependent.



*MEMBER:* Boys & Girls Clubs of America • North Jersey Regional Chamber of Commerce • USA Swimming • NJ Swimming

Establish a Clifton Legacy • Include The Club in Your Estate Planning • Donations are Tax Deductible

**BOYS & GIRLS CLUB OF CLIFTON  
WOODLAND PARK SCHOOL DISTRICT  
2021- 2022 School #1 WRAP AROUND PROGRAM**

Date Received: _____
Deposit: _____
Cash / C.C. / CHK: _____
Receipt#: _____

Tuition is due by the 1<sup>st</sup> of the month

Please Print

Child's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
 Name of School: Woodland Park School #1

Father's Name: \_\_\_\_\_ Employed by: \_\_\_\_\_  
 Cell phone #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Employed by: \_\_\_\_\_  
 Cell phone #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_

Marital Status (please check one)

Single  Married  Widowed  Separated  Divorced

Ethnicity (please check one)

African American  Caucasian  Hispanic  Asian  Multi-Racial  Native American

Does your child have any impairment?  Yes  No (If Yes, please specify)

Are there any special problems we should be aware of?  Yes  No (If Yes, please specify)

Does your child have or is he/she subject to any of the following:

Asthma  Fainting  Convulsions  Heart Trouble  Allergies

Other please specify: \_\_\_\_\_  
 Doctor's name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Emergency contact person(s) & phone number(s) if parent cannot be reached:

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY	
MONTHLY PAYMENT: \$ _____	2021 SUMMER BAL: _____
2020/2021 ASP BAL: _____	SCHOLARSHIP I.E 4C'S: CO PAY: _____
MEMBERSHIP DUE: _____	ENTERED BY: _____

# PARENT RECEIPT OF INFORMATION:

- Information to Parents Document
- Policy on the Release of Children
- Policy on Methods of Parental Notification  
(Applicable only if a method other than a phone call is used to notify parents of an injury to a child's head, a bite that breaks the skin, a fall from a height, or an injury requiring professional medical attention.)
- Policy on Communicable Disease Management
- Expulsion Policy
- Policy on the Use of Technology and Social Media

*I have read and received a copy of the information/policies listed above.*

Child's Name:

Parent/Guardian's Name:

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Emergency Medical Release –  
Emergency Evacuation/Permission to participate in After School Program activities

By signing below, I do hereby give my child permission to attend and/or participate in the After Care Program activities, including permission to walk to the emergency evacuation site in the event of an emergency, sponsored by the Boys & Girls Club of Clifton, its employees, associates, and contributors. In further consideration of the benefits to be gained by our child we covenant that we will never institute any action at law against the Boys & Girls Club of Clifton, Inc., its agents, servants and employees, on account of any injury or other loss or damage sustained by my child's participation, furthermore, I hereby do authorize medical examination and treatment of my son/daughter by a qualified licensed physician in any event of an accident and all efforts to contact the parents/guardian have been exhausted.

**Statement of Good Health**

I understand that my child is in good health and has NO RESTRICTIONS placed upon him/her while participating in the School's Out Program activities.

**By signing below, I acknowledge that:**

- I have read and received a copy of the Information to Parents Statement prepared by the Bureau of Licensing in the Division of Youth and Family Services
- I have read and received a copy of the Boys & Girls Club's Discipline Policy
- I have read and received a copy of the Policy on the Management of Communicable Diseases
- I do hereby give my child permission to attend and/or participate in the After School Program activities sponsored by the Boys & Girls Club of Clifton, its employees, associates, and contributors. In further consideration of the benefits to be gained by my child I covenant that I will never institute any action at law against the Boys & Girls Club of Clifton, Inc., its agents, servants and employees, on account of any injury or other loss or damage sustained by my child's participation, furthermore, I hereby authorize medical examination and treatment of my son/daughter by a qualified licensed physician in any event of an accident and all efforts to contact the parents/guardian have been exhausted.
- I have read and understand the policies of the Boys & Girls Club and agree to abide by the Boys & Girls Club of Clifton procedures in order for my child to attend the School's-Out child care program.

Child's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**BOYS & GIRLS CLUB OF CLIFTON - BEFORE & AFTER SCHOOL PROGRAM AT  
WOODLAND PARK SCHOOL DISTRICT**

**STATEMENT TO BE SIGNED BY SUBSIDY RECIPIENTS AND APPLICANTS**

I understand that the criteria established by the Boys & Girls Club of Clifton - Woodland Park School District for subsidy eligibility is based on the gross income of the family applying for the subsidy and the number of family members dependent upon that income for support.

I understand that the amount for each subsidy and the number of subsidies available is limited. Therefore, the Boys & Girls Club of Clifton cannot and has no obligation to provide all eligible families with subsidies.

I understand the Boys & Girls Club of Clifton - Woodland Park School District reserves the right to make exceptions to the established subsidy criteria when, in its view, an emergency situation exists.

**I understand that a portion of the subsidy money I receive or am applying for is obtained for me by the Boys & Girls Club of Clifton and that the other portion is provided by the Boys & Girls Club itself through the various fundraising activities of the Board of Trustees.**

I have carefully reviewed my application for participation in the After School day care program and have also carefully reviewed the financial information supplied with the application. I certify that, to the best of my knowledge and belief, the information I have supplied is true, correct and complete. Should there be any change in my financial situation that would affect my subsidy eligibility status I will report the change to the Boys & Girls Club within 20 days.

---

Child's Name - Please Print

---

Parent or Guardian Name - Please Print

---

Parent or Guardian Signature

---

Date

# PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NJ

## Lista de Verificación de la Documentación

A continuación hay una lista general de los documentos requeridos para cada sección de la Solicitud del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil que debe presentar para la consideración inicial de elegibilidad. Documentos adicionales también pueden ser requeridos de acuerdo a los requisitos del programa. Comuníquese con 4CS del Condado de Passaic al 973-684-1904 si tiene preguntas o necesita ayuda.

### IDENTIFICACIÓN

Para cada solicitante/ co-solicitante, enviar uno de los documentos en la **COLUMNA A**:

#### **COLUMNA A (DOCUMENTACIÓN PRINCIPAL) O**

Enviar uno de los siguientes:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación emitida por el gobierno (con foto)
- Tarjeta de identificación militar (con foto)
- Identificación emitida por el empleador (con foto)
- Identificación escolar (con foto)
- Pasaporte
- Tarjeta de residencia permanente

Si no puede proveer documento de la **COLUMNA A**, puede enviar dos documentos en la **COLUMNA B**:

#### **COLUMNA B (Documentos secundarios)**

Enviar dos de los siguientes:

- Diploma de Escuela Secundaria, GED, o Diploma de la Universidad
- Tarjeta de seguro médico o tarjeta de recetas
- Talonarios de cheques impresa/ comprobantes de pago
- Acta de nacimiento (solicitante/ co-solicitante, o niño)
- Tarjeta de Seguro Social

### DIRECCIÓN

Para cada solicitante/co-solicitante, enviar uno de los siguientes documentos para verificar la residencia\*

- Acuerdo de alquiler o factura de hipoteca
- Decreto judicial (si corresponde)
- Registros escolares que muestra la residencia
- Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)
- Facturas de servicios a domicilio
- Documentación médica
- Registración de vehículo o título o licencia de conducir de NJ.
- Los formularios de impuestos más recientes
- Póliza de seguro de inquilino/ propietarios de vivienda

\*Si usted o su hijo no tienen un hogar y/o dirección fija, comuníquese con 4CS de el condado de Passaic para obtener ayuda.

### RELACIÓN Y TAMAÑO DEL HOGAR

Para cualquier niño que necesite servicios de cuidado infantil, presente **UNO** de los siguientes documentos para demostrar la relación:

- Acta de nacimiento del niño
- Decreto judicial (si corresponde)
- Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)

Para **cada dependiente que reside en el hogar** e incluido en el tamaño de la familia, envíe uno de los siguientes para verificar el tamaño de la familia:

- Acta de nacimiento
- Acuerdo u otros documentos judiciales que indique tener la custodia (si corresponde)
- Decreto judicial
- Los formularios de impuestos más recientes que muestran cualquier niño que usted reclama como depende en sus impuestos, independiente de la edad.

**Nota: para dependientes mayores de 18 años, enviar uno de los siguientes documentos para verificar el tamaño de la familia:**

- Póliza de seguro medica mostrando cobertura para el depende
- Los formularios de impuestos que muestran la dependencia

- Registros de inscripción escolar.
- Verificar otros adultos indicados en la aplicación**

## ESTADO DE CIUDADANÍA DEL NIÑO

Para cada niño que necesite cuidado, por favor entregar uno de los siguientes:

- Acta de nacimiento E.U.
- Certificado de ciudadanía
- Pasaporte E.U. o tarjeta de pasaporte
- Tarjeta de Seguro Social
- Tarjeta de residencia (Green Card)
- USCIS Formulario I-551 (Registro de extranjero)
- Documento de viaje para refugiados (Formulario I-571)
- Formulario ISCIS / INS I-94 con el sello "Refugiado", "En Libertad Condicional", "Aviso de acción", o "Asilado"

## INGRESOS

**Ingresos del empleo:**

- Debe proporcionar el salario actual de un mes (por ejemplo, 4 comprobantes semanales, 2 comprobantes quincenales, etc.)

**Solo si tiene un Nuevo empleo:** si los comprobantes no están disponibles, presentar:

- La carta del empleador en el documento oficial de la empresa (firmada /con fecha) debe incluir la tarifa de pago, las horas trabajadas por semana, forma de pago, la información de contacto del empleador y la fecha que comenzó
- Formulario de "Verificación de Empleo" DFD

**Si se aprueba el subsidio, el solicitante / co-solicitante deberá realizar el seguimiento con comprobantes de sueldo**

**Si es empleado por cuenta propia:**

- Presentar la Transcripción de impuestos del IRS del Formulario 1040 Anexo C, "Pérdidas o Ganancias de Negocio"

**Si no puede trabajar o es incapacitado**

- Formulario de "Verificación de incapacidad de padres" DFD

**Otros ingresos o beneficios para la unidad familiar:**

La documentación debe mostrar la tarifa y frecuencia con que recibe los ingresos de alguno de los beneficios a continuación:

- Documentación de desempleo
- Documentación de pensión
- Compensación del trabajador
- Carta de Otorgación de el Seguro Social
- Jubilación/ Pensión
- Apoyo conyugal/ Pensión alimenticia
- Beneficios para veteranos/militares
- Beneficios por discapacidad
- Manutención infantil - un mínimo de 6 meses de pago / historial de desembolsos (Nota: si la pensión alimenticia o manutención de menores no está ordenada por el tribunal, escriba la cantidad que recibe mensualmente en la sección Ingresos de la solicitud)
- Cualquier otro ingreso requerido para los informes de impuestos federales/estatales.

## ESCUELA / ENTRENAMIENTO

Para cada Solicitante/ Co-solicitante, **Entregue Uno** de los siguientes:

- ESCUELA:** Un horario de la escuela detallado que incluya el nombre la escuela, el nombre del estudiante, la fecha de inicio y finalización, los días y horas/créditos que usted asistirá.
- PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO:** Carta formal de el programa (firmado y con la fecha) indicando el nombre del programa, horario, fecha de inicio y fecha de culminación.



State of New Jersey  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
2021-2022

**INCOME ELIGIBILITY SCHEDULES  
FOR PUBLICLY SUBSIDIZED  
CHILD CARE ASSISTANCE or SERVICES**

Family Size	Income Eligibility for the Child Care Assistance Program and Other Selected Child Care Programs Including Preschool Wrap Around Child Care Administered through the New Jersey Department of Human Services				State Funded Kinship Child Care Services	
	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Entry Level and/or Initial Eligibility				Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Clients Under Age 60	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Clients Over Age 60
	TIER A Represents 150% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER B Represents 175% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER C Represents 200% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER D Represents 250% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER E* Represents 85% of the 2021 New Jersey State Median Income	Represents 350% of the 2021 Federal Poverty Index
1	\$19,320	\$22,540	\$25,760	\$32,200	\$60,404	\$45,080
2	\$26,130	\$30,485	\$34,840	\$43,550	\$74,317	\$60,970
3	\$32,940	\$38,430	\$43,920	\$54,900	\$94,389	\$76,860
4	\$39,750	\$46,375	\$53,000	\$66,250	\$112,802	\$92,750
5	\$46,560	\$54,320	\$62,080	\$77,600	\$120,452	\$108,640
6	\$53,370	\$62,265	\$71,160	\$88,950	\$128,102	\$124,530
7	\$60,180	\$70,210	\$80,240	\$100,300	\$135,752	\$140,420
8	\$66,990	\$78,155	\$89,320	\$111,650	\$143,402	\$156,310
9	\$73,800	\$86,100	\$98,400	\$123,000	\$151,052	\$172,200
10	\$80,610	\$94,045	\$107,480	\$134,350	\$158,702	\$188,090
11	\$87,420	\$101,990	\$116,560	\$145,700	\$166,352	\$203,980
12	\$94,230	\$109,935	\$125,640	\$157,050	\$174,002	\$219,870
For each additional family member add:	\$6,810	\$7,945	\$9,080	\$11,350	\$7,650	\$15,890
	\$4,540	\$6,810	\$9,080	\$11,350	\$7,650	\$15,890

Note: Tier E represents the one-time Graduated Phase-Out period of child care assistance that may be utilized for one year.

Source: Annual Update of the HHS Poverty Guidelines, Federal Register, Vol. 86, No. 19, Monday, February 1, 2021, Page 7732

Source: Census Bureau Median Family Income by Family Size, Department of Justice, Cases Filed as of November 1, 2020, <https://www.justice.gov/>



# 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  
CIUDADANO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA**  
ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Dirección Responder a: 4CS of Passaic County  
2 Market Street Suite 300  
Paterson NJ 07501

**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)** \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ 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 Indique el ingreso bruto del(la) actual:				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE Indique el ingreso bruto del(la) actual:			
	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: _____								
<b>8. INGRESO BRUTO TOTAL</b>								

**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 para el trabajo/escuela/capacitación	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<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 para el trabajo/escuela/capacitación	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año

No se aceptarán solicitudes incompletas\*

DHS/CC:1 (12/08)

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"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
<input type="checkbox"/>	<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 <b>COMPROBANTES</b> <input type="checkbox"/> Servicios <b>CONTRATADOS</b> 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:  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 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:  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 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:  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 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, CIUDADANÍA 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: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_

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

<b>4</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 4</b>	<b>NÚM. DE SEG. SOC.</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	_____ (Apellido)	_____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras)	_____ (Mes/Día/Año)
	<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i>		
	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 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) <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 NJ Spirit): _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____		
	Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal Mensual Fecha de inscripción: ____/____/____		
<b>5</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 5</b>	<b>NÚM. DE SEG. SOC.</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	_____ (Apellido)	_____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras)	_____ (Mes/Día/Año)
	<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i>		
	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 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) <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 NJ Spirit): _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____		
	Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal Mensual Fecha de inscripción: ____/____/____		
<b>6</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 6</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	_____ (Apellido)	_____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras)	_____ (Mes/Día/Año)
	<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i>		
	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 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) <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 NJ Spirit): _____ Programa: _____ Código: _____ Componente: _____		
	Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$ _____ Semanal Mensual Fecha de inscripción: ____/____/____		
<b>7</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO NÚM. 7</b>	<b>NÚM. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	_____ (Apellido)	_____ (Primer nombre) (Inicial) (Número de 9 cifras)	_____ (Mes/Día/Año)
	<i>La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.</i>		
	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 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 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: \_\_\_\_\_



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

# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

---

## AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN VÍA INTERNET

Al ingresar y verificar su dirección de correo electrónico a continuación le está concediendo permiso a 4CS of Passaic County, Inc. (4CS) y confirmando que está al tanto de que recibirá información confidencial y sensible, del programa y a su vez Información de la agencia de 4CS del Condado de Passaic con respecto a su ayuda financiera para el cuidado infantil y correspondencia general. Asegúrese de revisar su correo electrónico regularmente para asegurarse de que está recibiendo todos los documentos emitidos por 4CS. Tenga en cuenta que si no responde de manera puntual, puede haber una interrupción en su ayuda financiera de cuidado infantil. Por lo tanto, sea consistente en revisar su correo electrónico. Los tiempos críticos para buscar correos electrónicos de la agencia de 4CS son, entre otros, los siguientes:

- Cambio de proveedor
- Cambio de empleo
- 45 días previos a su Redeterminación Anual (cada 12 meses)

\_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Verificación de Correo Electrónico

Por favor escriba y firme su nombre a continuación confirmando su permiso y autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
(Firma del cliente)



**Elegibilidad de Cuidado Infantil y Servicios' de Educación Temprana  
Certificación de Verificación y Documentación de Padre**

**Carta del Empleador**

\_\_\_\_\_ La carta del empleador fue proveído por mi proveedor

**Información del Ingreso Familiar**

\_\_\_\_\_ Yo reporte y entregue toda la información de ingreso que recibo. Esto Incluye SSI, Suplemento, Manutención, y cualquier otro ingreso no ganado

**Tamaño del Hogar**

\_\_\_\_\_ El tamaño de unidad de familia solo incluye el numero de adultos y niños como esta en mi aplicación

Es ilegal el obtener asistencia financier para servicios de cuidado infantile proveyendo información falsa o engañosa, incluyendo pero no limitada a información sobre mi elegibilidad y/o información relacionada a:

- No reportar con precisión todos los recursos de mi (nuesrto) ingreso. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a no reporter múltiples recursos de ingreso, o un aumento o disminución en salario/sueldo, pagos de manutención, o pension, o caulquier orto ingreso.
- No reportar con precisión la cantidad de mi igreso. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a reporter la cantidad precisa de ingreso del trabajador de cuenta propia, renta de propiedad propia o cambiando o alterando información en su contra cheque.
- No reportar con precisión el numero de los miembros de familia. Ejemplos incluyen, pero no están limitados a no reportar que mi pareja u otro padre/guardián esta viviendo en la casa.

Esta información se da con relación a fondos públicos federales, estatales y locales y se utilizaran a través de programas de computadoras para confirmar la exactitud de mi (nuestras) declaraciones y verificar mi (nuestra) ingresos, recourses y necesidad para asistencia de cuidio infatil, como se garactiza.

Yo certifico que las declaraciones anteriores hechas por me son verdaderas. Soy consiente de que si alguna de las declaraciones anteriores son falsas, estoy sujeto a castigo y puedo ser terminado del programa del subsidio del cuidado infantile.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Apicante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Co-Apicante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_





# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

1. Is your child a citizen?

Yes \_\_\_\_\_ or No \_\_\_\_\_

2. Does your child have health insurance?

Yes \_\_\_\_\_ or No \_\_\_\_\_

I understand that I must report any changes that may occur in my household within 10 days of that change or I may be responsible for repaying any money the 4CS paid for the care of my children.

Print Name: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Email Address:

@hotmail.com    @gmail.com    @yahoo.com    @aol.com    @outlook.com

@optimum.net    @icloud.com    @other \_\_\_\_\_

1. Es su hijo/a ciudadano de este país?

Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Tiene su niño (s) seguro médico?

Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Yo entiendo que cualquier cambio que pueda ocurrir en mi hogar, yo les notificaré dentro de 10 días. De no ser así yo podría ser responsable de pagar el dinero que la agencia de 4CS ha pagado por el cuidado de mi(s) hijo(s).

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

@hotmail.com    @gmail.com    @yahoo.com    @aol.com    @outlook.com

@optimum.net    @icloud.com    @other \_\_\_\_\_



# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

## **ACKNOWLEDGEMENT OF CHILD CARE POLICY REGARDING**

### **DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS**

I acknowledge receipt of the State of New Jersey Child Care Policy for Disqualification of Services for Parents dated 7/7/14 DFDI 14/07/01 from 4CS of Passaic County Inc. I have read the Disqualification Policy and understand my rights and responsibilities for the subsidy programs I am participating in.

---

Parent Signature

---

Date

---

Parent Signature

---

Date

---

Print Name

---

Print Name

**Return signed acknowledgement to 4CS with completed Subsidy application.**

# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

---

## CHILD CARE POLICY REGARDING DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS- STATE OF NJ INSTRUCTION DATED 07/07/14

### Parents/applicants are required, at all times, to comply with New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

Any type of program violation will subject a parent/applicant to penalties that may include disqualification, termination, denial at time of application or reapplication, criminal investigation and/or recoupment of payment, if the parent/applicant is found by the CCR&R or DHS/DFD to be in violation of New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

### DISQUALIFICATION PROCESS

A case of program violation can be brought to the Department of Human Services, Division of Family Development's (DFD) and/or CCR&R's attention through a variety of means, such as a phone call, letter, e-mail, newspaper article, television news broadcast, personal knowledge, or state databases used during the normal applicant eligibility determination and redetermination process. The CCR&R will then conduct an investigation to determine whether or not the program violation is substantiated. The CCR&R shall seek DFD guidance on cases in which clarification is required.

A substantiated case of program violation will result in the suspension or disqualification of child care subsidy and make the parent/applicant ineligible to apply/reapply for and/or receive subsidized child care for a specified period of time depending upon the number and type of violations. A parent or applicant may appeal the decision to suspend or terminate the child care subsidy.

The steps to take to suspend or disqualify a parent/applicant child care subsidy for various violations are outlined below.

General program violations that may result in suspension or disqualification include but are not limited to the following:

- (1) Failure to report within ten (10) calendar days any change in family size/composition, family income or any other circumstances that change eligibility, such as work/school/training status or income that exceeds program specific Federal Poverty Level (FPL) requirements, etc.
- (2) Failure to accurately report all sources of income. Examples include, but are not limited to, not reporting multiple sources of income (multiple employers), or an increase or decrease in wage/salary, child support payments, or alimony, unemployment, workman's compensation, pension, supplemental security income (SSI), social security disability income (SSDI), survivor benefits or any other income.
- (3) Failure to accurately report the amount of income. Examples include, but are not limited to, not reporting the accurate amount(s) of income from self-employment, rent from property ownership, or changing or altering pay stub information.
- (4) Failure to accurately report the number of household members who are required to be counted to determine family or household composition. Examples include, but are not limited to, failing to report that a spouse or another parent/guardian is living in the household.

### **ECC – Program Violation**

Failure to comply with the E-Child Care Parent/Provider Responsibilities and Agreement may result in a warning notice, suspension or disqualification.

### **PENALTIES/PROCEDURES**

#### **Warning Notice**

Upon evidence of an E-Child Care program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents and offer training. CCR&Rs are required to provide written notification of parental warning to providers. For WFNJ cases, copies of all notices must also be sent to the County Welfare Agency (CWA). The parent/applicant will have up to two weeks (14 days) from the date of the warning letter to attend training and remedy the action by demonstrating consistent use of ECC. To document compliance or noncompliance, the CCR&Rs must print out the transaction report for that two-week period once the 14-day back swipe period has closed.

#### **General Program and ECC Violations Penalties**

##### **Warning Notice**

Upon evidence and/or notification of a program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents/guardians. CCR&Rs are responsible for taking the necessary action to determine if the parent/guardian remains eligible and if repayment of funds is required.

**First Violation (except fraud) – One (1) month disqualification**

Upon completion of the one month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The eligibility threshold is 250% of the Federal Poverty Level (FPL) or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

**Second Violation (except fraud) –Three (3) months disqualification**

Upon completion of the three month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The redetermination eligibility threshold is 250% FPL or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

**Third Violation and/or Fraud – Termination for up to twelve (12) months and/or permanent disqualification**

If the violation has not resulted in permanent disqualification, parent could be subject to up to a twelve (12) month termination, after which the parent/applicant must reapply with the eligibility threshold being at 200% FPL or below.

**Fraud or program violations that may be subject to up to a twelve (12) month termination include the following:**

- (1) Failure to provide, or provision of, false or misleading or deliberate misrepresentation of, required information in connection with a new application or current child care subsidy case. (This may also result in the denial of any subsidy, and referral to federal, state or local agencies for criminal or civil court action, garnishment of wages or tax intercept, as well as private claims collection agencies for claims action involving repayment and recovery of funds.)
- (2) Reporting child(ren) present in attendance when child(ren) were not in attendance.
- (3) Repeated misuse of the ECC card resulting in multiple violations.
- (4) Repeated general program violation resulting in multiple violations.

WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the termination for up to twelve (12) months.

**Appeal Procedures:**

It is the right of every parent who receives a disqualification notice from the CCR&R to request a review of his/her case by the CCR&R and/or DFD. The CCR&R must inform the parent of his/her right to request a review. A timely request must be made within ten (10) days of the date of the disqualification notice. See information on appeal rights below:

**CHILD CARE PROGRAM APPEAL RIGHTS**

**1. Case review conducted by the county CCR&R Agency**

In the event you wish to have the action or amount in question reviewed by the county CCR&R responsible for the decision, you must make this request in writing within ten (10) days of the effective date of the adverse decision. Requests should be addressed to the agency on the front side of this notice.

You will be notified of the date and time of the review and you may appear with or without legal representation or may be represented by a friend or other spokesperson. Only those persons directly involved with the issue will be permitted to attend any review proceedings. You will also be given an opportunity to view all pertinent documents prior to the review date.

**2. Administrative review conducted by the Division of Family Development**

You may also have an adverse decision reviewed by the Division of Family Development (DFD) in place of, or in addition to, the case review conducted by the county CCR&R. A request for an administrative review from DFD may be made by calling the Bureau of Administrative Review and Appeals (BARA) at 1-800-792-9774.

You will be required to submit the following to BARA:

- A written statement indicating the request for a review and the reason for your disagreement;
- All documents verifying eligibility and justifying your case;
- Any other relevant documents which you believe the county CCR&R or child care provider may not have considered.

This DFD review must be requested within 90 days of the date of the original notice of adverse action. All materials should be mailed to BARA at:

Bureau of Administrative Review and Appeals  
Division of Family Development  
P.O. Box 716  
Trenton, NJ 08625-0716

# Cómo encontrar cuidado infantil de calidad

## Cómo encontrar un programa de cuidado infantil o aprendizaje temprano de calidad

La investigación muestra que los niños que durante su primera infancia pasan por programas de cuidado infantil y de aprendizaje temprano de calidad, están mejor preparados para el kindergarten con mejores habilidades de lectura, más habilidades de matemáticas y más palabras en su vocabulario.

Grow NJ Kids, el Sistema de Mejoramiento de Calificaciones de Calidad de New Jersey (New Jersey's Quality Rating Improvement System) trabaja para elevar la calidad del cuidado infantil y del aprendizaje temprano en todo el estado de New Jersey.

Brinda información a los padres sobre cómo seleccionar un proveedor de calidad para ayudarles a aprovechar al máximo las oportunidades de aprendizaje temprano de sus hijos.

A los programas de cuidado infantil y de aprendizaje temprano, brinda recursos que les ayuda a elevar su calidad y mejorar su programa constantemente.

Hay muchos tipos de programas de cuidado infantil o de aprendizaje temprano de dónde escoger. Algunos son en escuelas, otros en centros de cuidado infantil o en casas particulares.

## Cuidado basado en hogares:

### Cuidado infantil en familias

Este tipo de cuidado se brinda en una casa particular. En New Jersey, un proveedor no puede cuidar a más de cinco niños, más un máximo de tres de sus propios hijos. Los proveedores en hogares pueden optar por registrarse, lo que significa que cumplen con los requisitos básicos de seguridad y del programa establecidos por la ley estatal. Los proveedores de cuidado en el hogar que están registrados también pueden aceptar pagos de las familias que participan en programas de asistencia para el cuidado infantil subsidiados por el gobierno.

### Cuidado en hogares

En este tipo de cuidado, la persona va a su hogar y ahí cuida a sus hijos. Este proveedor podría ofrecer otros servicios como limpieza ligera de la casa, empezar la cena o hacerla completamente o llevar a su hijo o hijos a sus lecciones o citas de juegos. A pesar de que puede usar una agencia para encontrar a un proveedor de este tipo, el estado no los regula ni les otorga licencia y no pueden participar en Grow NJ Kids.



## Cuidado basado en centros y en escuelas:

### Centros de Cuidado Infantil

Con licencia del estado de New Jersey, estas instalaciones se inspeccionan cada dos años y deben cumplir con los requisitos básicos de salud, seguridad, del programa y de personal. Pueden cuidar a seis niños o más de edades entre 6 semanas y 13 años. Hay muchos tipos de centros de cuidado infantil con licencia, incluidos, entre otros, programas para bebés/niños pequeños, programas de cuidado y educación tempranos y programas para niños en edad escolar. Los centros con licencia también pueden optar por satisfacer normas más rigurosas basadas en la investigación o de acreditación. (También hay centros exentos de licencias, como los programas que forman parte de un distrito escolar público o de una escuela privada.)

### Head Start y Early Head Start

Los programas Head Start y Early Head Start apoyan el desarrollo mental, social y emocional de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Además de servicios educativos, los programas brindan a los niños y sus familias servicios de salud, nutrición, sociales y otros.

### Programas Preescolares de Distritos Escolares

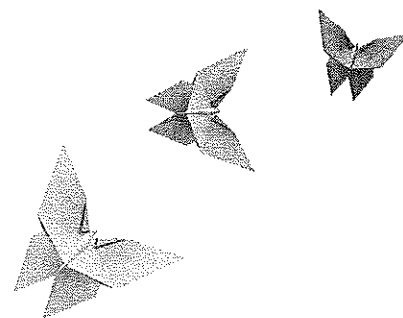
Los distritos escolares proporcionan programas preescolares de alta calidad basados en la investigación a niños de 3 y 4 años de edad. Estos programas pueden ubicarse dentro de localidades de un distrito escolar, un proveedor privado o una agencia local de Head Start.

### Distritos Escolares de Servicios Especiales

Estos distritos proporcionan opciones a los estudiantes preescolares con necesidades especiales y se crearon para atender las necesidades educativas y de desarrollo de niños de 3 a 5 años de edad. Generalmente, estos distritos están formados de tres tipos de clases: clases que educan a estudiantes de 4 años de edad con necesidades especiales en el mismo salón de clase que los estudiantes que no tienen necesidades especiales; clases preescolares para estudiantes con Programas Educativos Individualizados y la necesidad de estar en clases más pequeñas y programación más individualizada; y clases con instrucción altamente especializada para estudiantes con autismo y estudiantes con discapacidades auditivas.



**Al visitar un programa de cuidado infantil o de aprendizaje temprano, puede hacer ciertas preguntas para ayudarse a determinar cuál programa es el mejor para sus hijos y su familia. Estas preguntas están basadas en indicadores de calidad integrados en las normas de Grow NJ Kids.**



### Entorno de aprendizaje seguro y saludable

- ¿Hay comunicaciones regulares entre los maestros/el personal del programa y los padres? ¿Cómo se comunica la información [correo electrónico, llamadas telefónicas, cartas enviadas al hogar con el niño o niña]?
- ¿Está limpio el lugar?
- ¿Ve que el personal y los niños se lavan las manos antes y después de las comidas y de cambiar los pañales? ¿Las instalaciones son seguras?
- ¿El espacio de juego al aire libre es seguro, está limpio, sin basura ni vidrio roto?
- ¿Qué comidas proporciona el programa? ¿Se permite a los niños traer su propia comida por razones religiosas o alimenticias?
- ¿El programa tiene una política de salud oral o de cepillado de dientes?
- ¿El programa revisa los ojos, la audición, los dientes y el crecimiento de los niños mediante exámenes de detección?
- ¿El programa apoya el amamantamiento (almacenamiento de leche materna/un lugar para amamantar)?
- ¿Se cuidan juntos a niños de edades diferentes o se agrupan por edades?
- ¿Cómo se supervisa a los niños durante distintas situaciones (al dormir o jugar al aire libre)?

### Currículo y entorno de aprendizaje

- ¿Cuántos niños estarán en la clase/el grupo de su hijo? ¿Cuáles son las edades de los niños en la clase/el hogar?
- ¿Hay un horario diario?
- ¿El horario diario incorpora oportunidades de juego tanto bajo techo como al aire libre?
- ¿Observa interacciones y conversaciones positivas, cálidas y enriquecedoras entre los maestros y los niños mientras están en el salón de clase/el hogar?
- ¿Ve a los niños interactuando entre sí?
- ¿Los niños tienen acceso a libros y otros materiales?
- ¿Se les lee a los niños diariamente?
- ¿El programa usa un currículo basado en la investigación (apropiado según la edad para bebés y niños pequeños)?
- ¿Se les da "tiempo libre para jugar" a los niños (por ejemplo, se permite a los niños a elegir el libro que desean leer o la actividad que les gustaría hacer)?

### Participación de la familia y comunidad

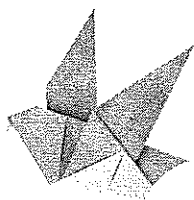
- ¿El programa tiene la política de puerta abierta? ¿Se permite a los padres visitar en cualquier momento?
- ¿El programa pone a disposición de las familias los recursos de la comunidad (eventos, información acerca de servicios)?
- ¿El programa acoge el idioma que su hijo o hija habla en el hogar, tanto en el salón de clase/el hogar como en los materiales que se usan?
- ¿El programa comparte información sobre las actividades/lecciones en que están trabajando para que los padres puedan reforzarlas en el hogar? Para los bebés, ¿tienen un registro diario?
- ¿El programa ofrece oportunidades para que los padres hagan servicio como voluntarios en el salón de clase/el hogar?
- ¿El programa ofrece talleres para padres?
- ¿El programa tiene un concejo de padres o grupo de padres?

### Desarrollo profesional/planta laboral

- ¿Cuál es el nivel educativo del personal?
- ¿Durante cuánto tiempo el personal ha estado empleado en el programa?
- ¿A qué tipos de capacitación asiste el personal cada año?
- ¿Cuántos integrantes del personal han recibido capacitación en Resucitación Cardiopulmonar (Cardio Pulmonary Resuscitation; CPR) y de primeros auxilios?
- Si el programa usa un currículo basado en la investigación, ¿el personal ha obtenido capacitación formal en el currículo?

### Administración y gerencia

- ¿El programa tiene una licencia vigente para el cuidado infantil o está registrado para brindar servicios de cuidado infantil en una familia? (Si corresponde, pues a algunos programas de distrito escolar no se les exige tener una licencia para el cuidado infantil.)
- ¿Cuánto es la matrícula/el costo? ¿Otras cuotas?
- ¿El programa tiene un manual para padres que describa las políticas y los procedimientos, incluidos los correspondientes a enfermedades de los niños, emergencias, disciplina?
- ¿El director del programa está en las instalaciones durante el horario de operación?
- ¿Cuál es la política diaria de registro de entrada y salida al dejar y recoger a su hijo o hija?
- ¿El programa está inscrito en Grow NJ Kids?



**Para obtener recursos para padres, visite [GrowNJKids.com](http://GrowNJKids.com). Línea de Ayuda de Cuidado Infantil 1-800-332-9227**

# NJ CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

## Documentation Checklist

Below is a **general list** of required documents for each section of the Child Care Subsidy Program Application that must be submitted for **initial** eligibility consideration. Additional documents may also be required based on program requirements. Please contact and check with the Child Care Resource and Referral Agency (CCR&R) if you have questions or need assistance. You can reach your local CCR&R at 1-800-332-9227 or by visiting [www.ChildCareNJ.gov](http://www.ChildCareNJ.gov).

### IDENTIFICATION

For each applicant/co-applicant, **submit one** of the documents from **Column A**. If you are unable to provide from **Column A**, you may **submit two** documents from **Column B**:

#### COLUMN A (PRIMARY DOCUMENTATION)

Submit one:

- Driver's License
- Government Issued Photo ID Card
- Military Photo ID Card
- Employer Issued Photo ID
- School Photo ID
- Passport
- Permanent Resident Card (Green Card)

OR

#### COLUMN B (SECONDARY DOCUMENTATION)

Submit two:

- High School Diploma, GED, or College Diploma
- Health Insurance Card or Prescription Card
- Printed Paystub
- Birth Certificate (applicant/co-applicant or child's)
- Social Security Card

### ADDRESS

For any applicant/co-applicant, **submit one** of the following to verify residence\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Current Rental/Lease Agreement or Mortgage Bill             | <input type="checkbox"/> Home utility bills   |
| <input type="checkbox"/> Court decree (if applicable)                                | <input type="checkbox"/> Medical documentation  |
| <input type="checkbox"/> School records showing residence                            | <input type="checkbox"/> Vehicle Registration or Title or NJ Driver's License   |
| <input type="checkbox"/> Custody Agreement or other court documents for guardianship | <input type="checkbox"/> Most recent filed tax forms showing dependency<br>(For dependents 18+, must provide filed IRS 1040 Form) |

*\*If you or your child are homeless and do not have a fixed address, please contact your CCR&R for assistance.*

### RELATIONSHIP AND HOUSEHOLD SIZE

For any **child in need of child care services**, submit the following to prove relationship:

- Child's Birth Certificate
- Court decree (if applicable)
- Custody Agreement or other court documents for guardianship (if applicable)

For each **dependent residing in the home** and included in the family size, **submit one** of the following to verify family size:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate   | <input type="checkbox"/> Court decree (if applicable)   |
| <input type="checkbox"/> Custody Agreement or other court documents for guardianship (if applicable) | <input type="checkbox"/> Most recent filed tax forms showing dependency<br>(For dependents 18+, must provide filed IRS 1040 Form) |

# NJ CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

## Documentation Checklist Continued

### CHILD CITIZENSHIP STATUS

For any child in need of care, **submit one** of the following:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U.S. Birth Certificate<br><input type="checkbox"/> Certificate of Citizenship<br><input type="checkbox"/> U.S. Passport or Passport Card<br><input type="checkbox"/> Social Security Card | <input type="checkbox"/> Permanent Resident Card (Green Card)<br><input type="checkbox"/> USCIS Form I-551 (Alien Registration Card)<br><input type="checkbox"/> Refugee Travel Document (Form I-571)<br><input type="checkbox"/> USCIS/INS Form I-94 stamped "Refugee", "Parolee", "Asylee", or "Notice of Action" |
|--|---|

### INCOME

#### INCOME FROM EMPLOYMENT:

- Must provide current one month's worth of current pay stubs (e.g. 4 weekly, 2 biweekly, etc.)

**NEW EMPLOYMENT ONLY:** If paystubs are not available

- Employer letter on company letterhead (signed/dated) Must include rate of pay, hours worked per week, employer contact information, and first date of employment; or
- DFD "Verification of Employment" Form  
**If approved for subsidy, applicant/co-applicant will be required to follow up with pay stubs.**

- SELF-EMPLOYED ONLY:** Submit Current IRS Tax Transcript of Form 1040 Schedule C, "Profit or Loss from Business"

- UNABLE TO WORK or INCAPACITATED:** DFD "Parent Incapacitation Verification" Form

#### OTHER INCOME OR BENEFITS TO FAMILY UNIT:

Documentation must show the rate and frequency of the income received from the sources below:

- Unemployment documentation  
 Pension documentation  
 Worker's Compensation  
 Social Security award letter  
 Retirement/Pension  
 Spousal Support/Alimony  
 Veterans/Military Benefits  
 Disability Benefits  
 Child Support – minimum of 6 months of Payment/Disbursement History  
*(Note: If child support or alimony is not court ordered, write the amount you receive monthly in Section C of the application)*  
 Any other income required for federal/state tax reporting purposes

### SCHOOL/TRAINING

For each applicant/co-applicant, **submit one** of the following:

- SCHOOL:** Detailed school schedule naming the school and the student, including days and hours attending, credits, start and end date
- TRAINING PROGRAM:** Letter on Program letterhead (signed/dated) indicating name of program, start and end date and weekly schedule





State of New Jersey  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
2021-2022

**INCOME ELIGIBILITY SCHEDULES  
FOR PUBLICLY SUBSIDIZED  
CHILD CARE ASSISTANCE or SERVICES**

Federal Head Start Program*	Income Eligibility for the Child Care Assistance Program and Other Selected Child Care Programs Including Preschool Wrap Around Child Care Administered through the New Jersey Department of Human Services					State Funded Kinship Child Care Services	
	Maximum Allowable Annual Gross Family Income	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Entry Level and/or Initial Eligibility	Maximum Allowable Annual Gross Family Income At Redetermination	Maximum Allowable Annual Gross Family Income Prior to Exit	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Clients Under Age 60	Maximum Allowable Annual Gross Family Income for Clients Over Age 60	
Represents 100% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER A Represents 150% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER B Represents 175% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER C Represents 200% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER D Represents 250% of the 2021 Federal Poverty Index	TIER E* Represents 85% of the 2021 New Jersey State Median Income	Represents 350% of the 2021 Federal Poverty Index	Represents 500% of the 2021 Federal Poverty Index
1	\$12,880	\$19,320	\$22,540	\$25,760	\$60,404	\$45,080	\$64,400
2	\$17,420	\$26,130	\$30,485	\$34,840	\$74,317	\$60,970	\$87,100
3	\$21,960	\$32,940	\$38,430	\$43,920	\$94,389	\$76,860	\$109,800
4	\$26,500	\$39,750	\$46,375	\$53,000	\$112,802	\$92,750	\$132,500
5	\$31,040	\$46,560	\$54,320	\$62,080	\$120,452	\$108,640	\$155,200
6	\$35,580	\$53,370	\$62,265	\$71,160	\$128,102	\$124,530	\$177,900
7	\$40,120	\$60,180	\$70,210	\$80,240	\$135,752	\$140,420	\$200,600
8	\$44,660	\$66,990	\$78,155	\$89,320	\$143,402	\$156,310	\$223,300
9	\$49,200	\$73,800	\$86,100	\$98,400	\$151,052	\$172,200	\$246,000
10	\$53,740	\$80,610	\$94,045	\$107,480	\$158,702	\$188,090	\$268,700
11	\$58,280	\$87,420	\$101,990	\$116,560	\$166,352	\$203,980	\$291,400
12	\$62,820	\$94,230	\$109,935	\$125,640	\$174,002	\$219,870	\$314,100
For each additional family member add:	\$4,540	\$6,810	\$7,945	\$9,080	\$7,650	\$15,890	\$22,700

Note: Tier E represents the one-time Graduated Phase-Out period of child care assistance that may be utilized for one year.  
Source: Annual Update of the HHS Poverty Guidelines, Federal Register, Vol. 86, No. 19, Monday, February 1, 2021, Page 7732  
Source: Census Bureau Median Family Income by Family Size, Department of Justice, Cases Filed as of November 1, 2020, <https://www.justice.gov/>



# Child Care and Early Education Service Eligibility Application



STATE OF NEW JERSEY • DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

## Applicant Instructions for Completing the Child Care Eligibility Form

The following instructions are keyed to the various sections of this form. Please read carefully.

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION A

1. Enter your full name (last, first, middle initial), social security number and date of birth (month/date/year). Check one or more of the appropriate boxes provided to indicate your race. Check the appropriate box to indicate your ethnicity and sex. Check the appropriate box to indicate the relationship of the parent/ applicant to the child(ren) for which you are making an application for assistance. If you are not an immediate relative (mother/father), please indicate whether you are another legally responsible person, a foster parent or other. If other, please specify.
2. If applicable (resides in household), enter the full name of your spouse or co-applicant, social security number and date of birth (month/date/year). Check the appropriate boxes provided to indicate the race, ethnicity and sex of the co-applicant/spouse.
3. Enter your home address and county in which you reside. Enter the school district which the child(ren) attends.
4. Enter your home telephone number.
5. Enter the "family size" meaning the number of adults (persons 18 years or older who are legally responsible for the children) and dependent adults (persons 18 years or older) who are in your immediate family unit, and the number of dependent children (persons under age 18).

**Examples:** In a single parent family with two children state: "# of Adults: 1, # of Children: 2."

In a two parent family with a dependent adult (grandparent) and two children state: "# of Adults: 3, # of Children: 2."

**Note:** If as a single parent, you and your child(ren) live with your mother and father, you would **NOT** include the grandparents in the family size.

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION B

**Provide Income Information Based on the Current Year. Fill In All Blanks. List Gross Figures Unless Otherwise Indicated. If You Receive None in a Certain Category, Write "0."**

For each adult (applicant co-applicant or other dependent adult) residing in the household unit, list all current income information. Columns are provided to enter income information either by week, every two weeks, month or year. For separated or divorced spouses, include only that income (i.e., child support or alimony) which is available to the custodial family.

1. List all gross income due to wages and salary.
2. List all benefit income received from pensions and retirement.
3. List all benefit income received from Supplemental Security Income (SSI).
4. List all benefit income received from unemployment and workmen's compensation.
5. List all benefit income received from public assistance (TANF).

6. List income received from an absent parent for child support or alimony.
7. Include any other income received which is required to be listed for federal and state tax reporting purposes.
8. Indicate the annual total of all sources of income.

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION C

**Provide Information of Current Work, School and/or Training Activity for Applicant and Co-Applicant (if applicable).**

1. Enter the name, complete address and telephone number of Primary Work/School/Training Site.
2. Check the appropriate box to indicate if activity is work, school or training.
3. Enter your starting date (month/date/year).
4. Check the appropriate box to indicate if Work/School/Training activity is full time, part time or seasonal. Enter the number of hours per week and months per year spent at site.
5. Include the information for your Secondary Work/School/Training activity (if applicable).

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION D

**Questions 1-9.** Check the appropriate box (either "Yes" or "No") for each question. If you answer "Yes" to any of questions 2-5, provide the requested information.

**Questions 10.** Check the appropriate box to indicate if you are applying for assistance because you are ineligible for the TANF or TCC programs.

**Questions 11.** Check whether you understand you are applying for voucher or contracted child care services.

**Questions 12.** Check whether all of the children in your family have health insurance and if you wish to receive an application for NJ Family Care.

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION E

**1-2.** Enter full name (last, first, middle initial), social security number and date of birth (month/date/year) for each child for whom assistance is requested. Check the appropriate boxes provided to indicate race, ethnicity and sex of child(ren). Indicate the hours, days and duration for which child care is needed. Check the appropriate box to indicate if the child(ren) has a special need, if yes, state the need. Check the appropriate box to indicate if the child is a US citizen. If yes, attach a copy of the child's birth certificate and social security card. Proof of the child's citizenship is not required for Abbott, Child Protective Services, Kinship or Post-Adoption subsidies.

### ► INSTRUCTIONS FOR COMPLETING SECTION F

After reading the certification, applicant and co-applicant (if applicable) sign on the appropriate line and include the date.



# Child Care and Early Education Service Eligibility Application

STATE OF NEW JERSEY • DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ADDRESS REPLY TO:

4CS of Passaic County  
2 Market Street Suite 300  
Paterson NJ 07501

**A Applicant/Co-Applicant Information** Please Read Instructions, Print Clearly, Answer All Questions

1. PARENT/APPLICANT NAME SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
 \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (M.I.) \_\_\_\_\_ (9 Digit Number) \_\_\_\_\_ (Mo./Dy./Yr.)

The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.  
 RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
 ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female  
 Relationship of APPLICANT to children:  Father  Mother  Legally Responsible Adult  Foster Parent  Other: \_\_\_\_\_

2. PARENT/CO-APPLICANT NAME (If Applicable) SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
 \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (M.I.) \_\_\_\_\_ (9 Digit Number) \_\_\_\_\_ (Mo./Dy./Yr.)

The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.  
 RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
 ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female

3. HOME ADDRESS (Number and Street) \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ School District: \_\_\_\_\_

4. HOME TELEPHONE: \_\_\_\_\_

5. NUMBER OF ADULTS IN FAMILY: \_\_\_\_\_ NUMBER OF CHILDREN IN FAMILY: \_\_\_\_\_ TOTAL FAMILY SIZE: \_\_\_\_\_  
 Family size includes parent, spouse, children for whom subsidy is requested, other dependent children, or adults claimed on applicant's or co-applicant's IRS 1040. In cases of kinship, family size includes the child for whom subsidy is requested and all dependents claimed on the grandparent's, aunt's or relative's IRS 1040. For DYFS cases, a child and any of his/her siblings living in the same home and who are in DYFS-paid out of home placement shall be counted to determine the size of the family.

**B Family Income Information** Attach Original Proof of Income - Most Recent Four Consecutive Weeks  
 Information is not required for DYFS-paid caregivers. Payments for DYFS children in out of home placement does not count as income.

	PARENT/CO-APPLICANT List gross income for current:				PARENT/CO-APPLICANT List gross income for current:			
	WEEK	2 WEEKS	MONTH	YEAR	WEEK	2 WEEKS	MONTH	YEAR
1. Wages and Salary (gross):								
2. Pensions, Retirement:								
3. Supplemental/Social Security Benefits:								
4. Unemployment, Workmen's Compensation:								
5. TANF Cash Assistance:								
6. Child Support/Alimony:								
7. Other: _____								
8. TOTAL GROSS INCOME:								

**C Work/School/Training Information** Proof of Current School Registration Must Be Attached

	PARENT/CO-APPLICANT	PARENT/CO-APPLICANT
Name of PRIMARY Work/School/Training Site: Complete Address (Street, City, State, & Zip): (If applicable, enter "Self-Employed")		
Telephone Number: ( ) _____		
Check One: Enter Starting Date (Mo/Dy/Yr): <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Training Start Date ____/____/____		
Check One and Enter: Number of Hours/ Week and Months/Year for Work/School/Training <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time _____ # Hrs/Wk <input type="checkbox"/> Seasonal Employment _____ # Mos/Yr		
Name of SECONDARY Work/School/Training Site: Complete Address (Street, City, State, & Zip):		
Telephone Number: ( ) _____		
Check One: Enter Starting Date (Mo/Dy/Yr): <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Training Start Date ____/____/____		
Check One and Enter: Number of Hours/ Week and Months/Year for Work/School/Training <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time _____ # Hrs/Wk <input type="checkbox"/> Seasonal Employment _____ # Mos/Yr		

\* Incomplete Applications Will Not Be Accepted \*

**D YES NO**

**All Questions Must Be Answered. Incomplete Applications Will Not Be Accepted.  
Supporting Documents Must Be Attached For Verification**

- 1. Are you currently participating in the Food Stamp Program?
- 2. Are you currently receiving/have you received assistance for child care with a Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Transitional Child Care (TCC) grant through the Work First New Jersey (WFNJ) Program within the last two years? If yes, indicate when benefits do/did expire by entering Month, Day and Year \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ and TANF case number: \_\_\_\_\_
- 3. Is your family an active case with the Division of Youth and Family Services (DYFS) and are the children for whom you are requesting subsidy residing with you? If yes, please give the name of the office: \_\_\_\_\_
- 4. Are you currently receiving a TANF grant? If yes, please indicate the TANF case number: \_\_\_\_\_
- 5. Do you or a member of your family have a chronic medical problem for which child care is recommended as part of a treatment/rehabilitation plan? If yes, indicate the name of the individual/agency authorizing the treatment plan and telephone number:  
Agency Name: \_\_\_\_\_ Telephone #: ( ) \_\_\_\_\_
- 6. Are you the head of the household in which you reside?
- 7. Are you currently homeless or at risk of becoming homeless?
- 8. Are the children for whom you are requesting child care assistance in a DYFS foster home, DYFS para-foster home, or DYFS pre-adoptive home. **If you are employed or participating in a school or training program, proof must be attached for DYFS purposes.**
- 9. Do you receive any cash or voucher assistance to specifically pay for housing?
- 10. Are you requesting assistance because the County Welfare Agency/Board of Social Services (CWA/BSS) informed you that you are ineligible for the Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Transitional Child Care (TCC) Program?
- 11. I understand that I am applying to the agency for:  **VOUCHER** payment assistance  **CONTRACTED** services in a community-based center
- 12. Do all of the children in this family have health insurance benefits?  Yes  No  
If NO, do you wish to receive an application for NJ Family Care?  Yes  No

**E Children Information**

**Include Each Child Needing Child Care Service and for Whom Assistance Requested.  
Use Addendum Form to Provide Information for Additional Children.**

**FULL NAME OF CHILD NO. 1** SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)

*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*

RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White

ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female

Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_

Child has a special need:  No  Yes **If yes, state special need and attach verification:** \_\_\_\_\_

Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes **If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)**

**AGENCY USE:** Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending

**DYFS USE:** (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_

Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FULL NAME OF CHILD NO. 2** SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)

*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*

RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White

ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female

Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_

Child has a special need:  No  Yes **If yes, state special need and attach verification:** \_\_\_\_\_

Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes **If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)**

**AGENCY USE:** Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending

**DYFS USE:** (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_

Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FULL NAME OF CHILD NO. 3** SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)

*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*

RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White

ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female

Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_

Child has a special need:  No  Yes **If yes, state special need and attach verification:** \_\_\_\_\_

Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes **If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)**

**AGENCY USE:** Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending

**DYFS USE:** (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_

Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**You May Be Required to Provide Additional Proof of Family Size, Income, Citizenship or Residency to Verify Eligibility.  
Supporting Documentation Required May Include Most Current IRS Form 1040, Utility Bill or Birth Certificate.**



# Child Care and Early Education Service Eligibility Application

STATE OF NEW JERSEY • DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ADDRESS REPLY TO:



Parent/Applicant Name: \_\_\_\_\_  
Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Complete for Each Additional Child for Whom You Are Requesting Subsidy

**4** FULL NAME OF CHILD NO. 4 SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)  
*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*  
RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female  
Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_  
Child has a special need:  No  Yes *If yes, state special need and attach verification:* \_\_\_\_\_  
Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes *If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)*

AGENCY USE: Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending  
DYFS USE: (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_  
Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5** FULL NAME OF CHILD NO. 5 SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)  
*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*  
RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female  
Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_  
Child has a special need:  No  Yes *If yes, state special need and attach verification:* \_\_\_\_\_  
Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes *If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)*

AGENCY USE: Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending  
DYFS USE: (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_  
Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6** FULL NAME OF CHILD NO. 6 SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)  
*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*  
RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female  
Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_  
Child has a special need:  No  Yes *If yes, state special need and attach verification:* \_\_\_\_\_  
Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes *If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)*

AGENCY USE: Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending  
DYFS USE: (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_  
Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7** FULL NAME OF CHILD NO. 7 SOCIAL SECURITY NO. DATE OF BIRTH  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Last) (First) (M.I.) (9 Digit Number) (Mo./Dy./Yr.)  
*The following information is needed for statistical purposes. Check one or more of the appropriate boxes to indicate applicant response.*  
RACE:  American Indian or Alaskan  Asian  Black or African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  White  
ETHNICITY: Hispanic/Latino:  Yes  No SEX:  Male  Female  
Indicate the hour/days/duration for which child care is needed: \_\_\_\_\_  
Child has a special need:  No  Yes *If yes, state special need and attach verification:* \_\_\_\_\_  
Child is a US citizen or a qualified alien?  No  Yes *If yes, attach verification (copy of Social Security Card and Birth Certificate or, if applicable, Resident Alien Card)*

AGENCY USE: Status (Check One):  Denied  Approved  Waiting List  Pending  
DYFS USE: (Enter the NJ Spirit Case No.) \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Component: \_\_\_\_\_  
Assessed Co-Payment (Enter and Circle One): \$ \_\_\_\_\_ Wk. \_\_\_\_\_ Mo. \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Child Care and Early Education Service Eligibility Application Certification

READ CAREFULLY BEFORE SIGNING

I (we) hereby certify that all of the information provided is true and correct to the best of my (our) knowledge. I (we) know that submitting false information about my (our) situation, failing to give the necessary information or causing others to hold back information is against the law and may subject me (us) to prosecution. I (we) also understand that:

1. Acceptance of child care financial assistance is not for my (our) personal use or expenses and that federal, state and local public funds are and will be used as payment for costs that are directly associated with services rendered by a child care provider.
2. It is unlawful to obtain financial assistance for child care services by providing any false or misleading information, including but not limited to information about my eligibility and/or information that relates to child attendance for provider records, sign-in sheets or voucher payment forms. Examples of unlawful behavior include, but are not limited to:
  - Failing to accurately report all sources of my (our) income. Examples include, but are not limited to not reporting multiple sources of income, or an increase or decrease in wage/salary, child support payments, or alimony, or any other income.
  - Failing to accurately report the amount of my income. Examples include, but are not limited to reporting the accurate amount(s) of income from self-employment; rent from property ownership or changing or altering pay stub information.
  - Failing to accurately report the number of household members. Examples include, but are not limited to failing to report that my spouse or another parent/guardian is living in the household.
  - Pre-signing and dating voucher certification forms, sign-in sheets or other provider records used to track and verify child attendance.
  - Failing to accurately verify child attendance on voucher payment records/forms within the reporting timeframes.
3. This information is being given in connection with federal, state and local public funds and will be used through computer matching programs to confirm the accuracy of my (our) statements and verify my (our) income, resources and need for child care assistance, as warranted.
4. Providing the requested information, including the Social Security Numbers of Parent(s)/Applicant(s), is voluntary. Agency staff may use my (our) names and Social Security information with federal and state agencies and other sources deemed necessary for official examination. However, copies of birth certificates, social security and qualified alien resident cards, if applicable, are required for all children for whom subsidy services are being requested.
5. Failure to provide or deliberate misrepresentation of required information will result in the denial of my (our) application, termination of child care benefits to the family and referral to federal, state or local agencies for criminal or civil court action, garnishment of wages or tax intercept, as well as private claims collection agencies for claims action involving repayment and recovery of funds.
6. Providing false or misleading information in connection with my (our) application for child care financial assistance, and/or failing to report within ten days any change in my (our) family size or family income or any other circumstances that might change my (our) eligibility, such as work/school/training status, may result in the termination of my (our) child care subsidy and make me (us) ineligible to apply for and/or receive subsidized child care for a period of six months for the first violation; for a period of 12 months for a second violation; and permanent disqualification for the third violation.
7. If I receive financial assistance as a result of false or misleading information, I (we) may be responsible to repay the costs of child care and may be subject to a civil fine and possible criminal prosecution.
8. I (we) understand that in order to verify my (our) income and service need, an agency representative may need to contact my (our) employer(s). I (we) hereby authorize my (our) employer(s) to release information regarding my (our) income, pay scale, hours and schedule of work to the agency to which I am applying.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Unsigned applications cannot be processed. A copy of this document will be provided to you for your records.

### DYFS USE ONLY

DYFS Case Manager Name and Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

SAR has been completed; voucher payments for DYFS/CPS child care services are approved for the period \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ thru \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DYFS Voucher Payment Authorization Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### CCR&R or CENTER-BASED CONTRACTED (CBC) PROVIDER USE ONLY:

Check One:  Initial Application  Re-determination Certification Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Family Size: \_\_\_\_\_ Annual Family Income: \$ \_\_\_\_\_

Family's Total Assessed Co-Payment, if applicable (Enter Amt. and Check One): \$ \_\_\_\_\_  WEEK  MONTH

Check One:  DENIED  APPROVED  PENDING

Staff Member Certification: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Name of CCR&R or CBC Provider: \_\_\_\_\_



STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT

# NJ CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM

## Application Addendum

All families receiving a subsidy through the NJ Child Care Subsidy Program must provide the following information:

Are your family assets worth more than \$1,000,000?  No  Yes

Note: Assets may include but are not limited to, personal bank accounts, business accounts, real estate, and personal property.

If the primary language spoken in your home is **not** English, please specify that language: \_\_\_\_\_

**Is the Applicant:**

On Full-Time Active Military Duty  No  Yes

In the National Guard/Military Reserve  No  Yes

Self-Employed  No  Yes

Is there a Co-Applicant?  No  Yes

**If yes, are they:**

On Full-Time Active Military Duty  No  Yes

In the National Guard/Military Reserve  No  Yes

Self-Employed  No  Yes

Are you homeless based on one or more of the following?  No  Yes

- Living in an emergency or transitional shelter.
- Staying in a motel, hotel, trailer park, or campground or sharing housing with other persons due to loss of housing, economic hardship, or similar reason.
- Living in a car, bus/train station, park, abandoned building.
- Living or sleeping in any public or private place that is not normally used as a residence or as a regular sleeping accommodation.
- Living in substandard housing (i.e. no electricity, running water, etc.).

I hereby certify that all of the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I also acknowledge that submitting false or misleading information, intentionally omitting information or intentionally causing others to omit or fail to report information is cause for denial or termination from the child care program and I may be subject to all legal and equitable remedies.

\_\_\_\_\_  
Applicant Name

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Co-Applicant Name

\_\_\_\_\_  
Co-Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**DISCRIMINATION**

This program prohibits discrimination in determining eligibility for child care assistance. If you believe you have been discriminated against by the New Jersey Child Care Subsidy Program because of race, color, disability, religion, national origin or another reason, you can contact: Office of the Director, Division of Family Development, N.J. Department of Human Services, P.O. Box 716, Trenton, New Jersey 08625

# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

---

## AUTHORIZATION TO COMMUNICATE VIA INTERNET

By entering your email address below and then a second time to verify its accuracy, you are granting permission to 4CS of Passaic County, Inc. (4CS) and confirming that you are aware that you will be receiving confidential, time sensitive information and other program and agency information from 4CS regarding your child care subsidy and general correspondence. Make sure that you check your email regularly to ensure that you are receiving all the documents issued to you from 4CS. Please take note that if you do not respond in a timely manner, there may be a disruption in your child care subsidy. So, please be consistent in checking your email. Critical times to look for emails from 4CS are but not limited to the following:

- Change in Child Care Provider
- Change in Employment
- 45 days prior to your Annual Redetermination (every 12 months)

\_\_\_\_\_  
Email address

\_\_\_\_\_  
Email address verification

Please print and sign your name below confirming your permission and authorization.

\_\_\_\_\_  
Client Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

X  
\_\_\_\_\_  
(Client Signature)





# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

## Child Care and Early Education Service Eligibility Parent Documentation and Verification Certification

### Employer's Letter

\_\_\_\_\_ Employer's letter was provided by employer

### Family Income Information

\_\_\_\_\_ I reported and submitted all the income information that I receive. This includes SSI, Supplemental, Child Support, or any unearned income

### Family Household Size

\_\_\_\_\_ My family size unit only includes the number of adults and children as stated on my application

It is unlawful to obtain financial assistance for child care services by providing any false or misleading information, including but not limited to information about my eligibility and/or information that relates to:

- Failing to accurately report all sources of my (our) income. Examples include, but are not limited to no reporting multiple sources of income, or an increase or decrease in wage/salary, child support payments, or alimony, or any other income.
- Failing to accurately report the amount of my income. Examples include, but are not limited to reporting the accurate amount(s) of income from self-employment, rent from property ownership or changing or altering pay stub information.
- Failing to accurately report the number of household members. Examples include, but are not limited to failing to report that my spouse of another parent/guardian is living in the household.

This information is being given in connection with federal, state, and local public funds and will be used through computer matching programs to confirm the accuracy of my (our) statements and verify my (our) income, resources and need for child care assistance, as warranted.

I certify that the foregoing statements made by me are true. I am aware that if any of the foregoing statements made by me are willfully false, I am subject to punishment and may be terminated by the child care subsidy program.

\_\_\_\_\_  
Print Applicant's Name

\_\_\_\_\_  
Print Co-applicant's Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

Date: \_\_\_\_\_



# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

1. Is your child a citizen?

Yes \_\_\_\_\_ or No \_\_\_\_\_

2. Does your child have health insurance?

Yes \_\_\_\_\_ or No \_\_\_\_\_

I understand that I must report any changes that may occur in my household within 10 days of that change or I may be responsible for repaying any money the 4CS paid for the care of my children.

Print Name: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Email Address:

@hotmail.com    @gmail.com    @yahoo.com    @aol.com    @outlook.com

@optimum.net    @icloud.com    @other \_\_\_\_\_

1. Es su hijo/a ciudadano de este país?

Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Tiene su niño (s) seguro médico?

Si \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Yo entiendo que cualquier cambio que pueda ocurrir en mi hogar, yo les notificaré dentro de 10 días. De no ser así yo podría ser responsable de pagar el dinero que la agencia de 4CS ha pagado por el cuidado de mi(s) hijo(s).

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

@hotmail.com    @gmail.com    @yahoo.com    @aol.com    @outlook.com

@optimum.net    @icloud.com    @other \_\_\_\_\_



# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

Two Market Street, Paterson, NJ 07501 • Phone (973) 684-1904 • Fax (973) 684-0468

## **ACKNOWLEDGEMENT OF CHILD CARE POLICY REGARDING DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS**

I acknowledge receipt of the State of New Jersey Child Care Policy for Disqualification of Services for Parents dated 7/7/14 DFDI 14/07/01 from 4CS of Passaic County Inc. I have read the Disqualification Policy and understand my rights and responsibilities for the subsidy programs I am participating in.

\_\_\_\_\_  
Parent Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Print Name

**Return signed acknowledgement to 4CS with completed Subsidy application.**

# 4CS OF PASSAIC COUNTY, INC.

---

## CHILD CARE POLICY REGARDING DISQUALIFICATION OF SERVICES FOR PARENTS- STATE OF NJ INSTRUCTION DATED 07/07/14

### Parents/applicants are required, at all times, to comply with New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

Any type of program violation will subject a parent/applicant to penalties that may include disqualification, termination, denial at time of application or reapplication, criminal investigation and/or recoupment of payment, if the parent/applicant is found by the CCR&R or DHS/DFD to be in violation of New Jersey's subsidized child care program regulations and policies.

### DISQUALIFICATION PROCESS

A case of program violation can be brought to the Department of Human Services, Division of Family Development's (DFD) and/or CCR&R's attention through a variety of means, such as a phone call, letter, e-mail, newspaper article, television news broadcast, personal knowledge, or state databases used during the normal applicant eligibility determination and redetermination process. The CCR&R will then conduct an investigation to determine whether or not the program violation is substantiated. The CCR&R shall seek DFD guidance on cases in which clarification is required.

A substantiated case of program violation will result in the suspension or disqualification of child care subsidy and make the parent/applicant ineligible to apply/reapply for and/or receive subsidized child care for a specified period of time depending upon the number and type of violations. A parent or applicant may appeal the decision to suspend or terminate the child care subsidy.

The steps to take to suspend or disqualify a parent/applicant child care subsidy for various violations are outlined below.

General program violations that may result in suspension or disqualification include but are not limited to the following:

- (1) Failure to report within ten (10) calendar days any change in family size/composition, family income or any other circumstances that change eligibility, such as work/school/training status or income that exceeds program specific Federal Poverty Level (FPL) requirements, etc.
- (2) Failure to accurately report all sources of income. Examples include, but are not limited to, not reporting multiple sources of income (multiple employers), or an increase or decrease in wage/salary, child support payments, or alimony, unemployment, workman's compensation, pension, supplemental security income (SSI), social security disability income (SSDI), survivor benefits or any other income.
- (3) Failure to accurately report the amount of income. Examples include, but are not limited to, not reporting the accurate amount(s) of income from self-employment, rent from property ownership, or changing or altering pay stub information.
- (4) Failure to accurately report the number of household members who are required to be counted to determine family or household composition. Examples include, but are not limited to, failing to report that a spouse or another parent/guardian is living in the household.

### **ECC – Program Violation**

Failure to comply with the E-Child Care Parent/Provider Responsibilities and Agreement may result in a warning notice, suspension or disqualification.

### **PENALTIES/PROCEDURES**

#### **Warning Notice**

Upon evidence of an E-Child Care program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents and offer training. CCR&Rs are required to provide written notification of parental warning to providers. For WFNJ cases, copies of all notices must also be sent to the County Welfare Agency (CWA). The parent/applicant will have up to two weeks (14 days) from the date of the warning letter to attend training and remedy the action by demonstrating consistent use of ECC. To document compliance or noncompliance, the CCR&Rs must print out the transaction report for that two-week period once the 14-day back swipe period has closed.

#### **General Program and ECC Violations Penalties**

##### **Warning Notice**

Upon evidence and/or notification of a program violation, the CCR&R has seven (7) calendar days to send a warning letter (see attached) to the parents/guardians. CCR&Rs are responsible for taking the necessary action to determine if the parent/guardian remains eligible and if repayment of funds is required.

#### **First Violation (except fraud) – One (1) month disqualification**

Upon completion of the one month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The eligibility threshold is 250% of the Federal Poverty Level (FPL) or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

#### **Second Violation (except fraud) – Three (3) months disqualification**

Upon completion of the three month disqualification, if the case is eligible, redetermination rules will apply. The redetermination eligibility threshold is 250% FPL or below (350%-500% FPL for Kinship). WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the disqualification.

#### **Third Violation and/or Fraud – Termination for up to twelve (12) months and/or permanent disqualification**

If the violation has not resulted in permanent disqualification, parent could be subject to up to a twelve (12) month termination, after which the parent/applicant must reapply with the eligibility threshold being at 200% FPL or below.

#### **Fraud or program violations that may be subject to up to a twelve (12) month termination include the following:**

- (1) Failure to provide, or provision of, false or misleading or deliberate misrepresentation of, required information in connection with a new application or current child care subsidy case. (This may also result in the denial of any subsidy, and referral to federal, state or local agencies for criminal or civil court action, garnishment of wages or tax intercept, as well as private claims collection agencies for claims action involving repayment and recovery of funds.)
- (2) Reporting child(ren) present in attendance when child(ren) were not in attendance.
- (3) Repeated misuse of the ECC card resulting in multiple violations.
- (4) Repeated general program violation resulting in multiple violations.

WFNJ cases will require written notice to the CWA and verification that the CWA was informed of the termination for up to twelve (12) months.

#### **Appeal Procedures:**

It is the right of every parent who receives a disqualification notice from the CCR&R to request a review of his/her case by the CCR&R and/or DFD. The CCR&R must inform the parent of his/her right to request a review. A timely request must be made within ten (10) days of the date of the disqualification notice. See information on appeal rights below:

#### **CHILD CARE PROGRAM APPEAL RIGHTS**

##### **1. Case review conducted by the county CCR&R Agency**

In the event you wish to have the action or amount in question reviewed by the county CCR&R responsible for the decision, you must make this request in writing within ten (10) days of the effective date of the adverse decision. Requests should be addressed to the agency on the front side of this notice.

You will be notified of the date and time of the review and you may appear with or without legal representation or may be represented by a friend or other spokesperson. Only those persons directly involved with the issue will be permitted to attend any review proceedings. You will also be given an opportunity to view all pertinent documents prior to the review date.

##### **2. Administrative review conducted by the Division of Family Development**

You may also have an adverse decision reviewed by the Division of Family Development (DFD) in place of, or in addition to, the case review conducted by the county CCR&R. A request for an administrative review from DFD may be made by calling the Bureau of Administrative Review and Appeals (BARA) at 1-800-792-9774.

You will be required to submit the following to BARA:

- A written statement indicating the request for a review and the reason for your disagreement;
- All documents verifying eligibility and justifying your case;
- Any other relevant documents which you believe the county CCR&R or child care provider may not have considered.

This DFD review must be requested within 90 days of the date of the original notice of adverse action. All materials should be mailed to BARA at:

Bureau of Administrative Review and Appeals  
Division of Family Development  
P.O. Box 716  
Trenton, NJ 08625-0716

# Finding Quality Child Care

## Finding a Quality Child Care or Early Learning Program

Research shows that children who are in quality child care and early learning programs when they are young are better prepared for kindergarten with better reading skills, more math skills and larger vocabularies.

Grow NJ Kids, New Jersey's Quality Rating Improvement System, is working to raise the quality of child care and early learning across the state of New Jersey.

For parents, it provides information on selecting a quality provider to help them make the most of their kids' early learning opportunities.

For child care and early learning programs, it provides resources that help them raise their quality and continuously improve their program.

There are many types of child care or early learning programs to choose from. Some are in a school, others in a child care center or in someone's home.

---

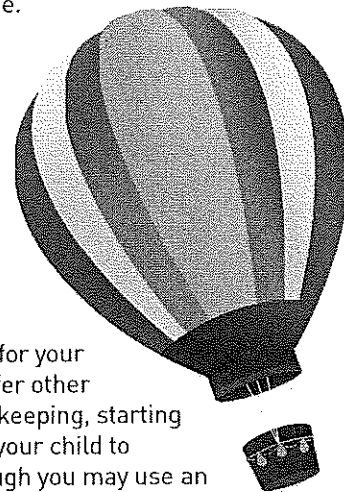
## Home-Based Settings:

### Family Child Care

This type of care is provided in someone's home. In New Jersey, a provider can care for no more than five children, plus a maximum of three of their own children. Home providers can choose to be registered, which means they meet the basic safety and programs requirements established by state law. This registration also allows these in-home providers to accept payments from families participating in government-subsidized child care assistance programs.

### In-Home Care

In this type of care, a person comes to your home to care for your child. This provider might offer other services such as light housekeeping, starting or making dinner or driving your child to lessons or play dates. Although you may use an agency to find such a provider, they are neither regulated nor licensed by the state and cannot participate in Grow NJ Kids.



---

## Center- and School-Based Settings:

### Child Care Centers

Licensed by the state of New Jersey, these facilities are inspected every two years and must meet basic health, safety, program and staffing requirements. They can care for six or more children from the age of 6 weeks to 13 years. There are many types of licensed child care centers, including but not limited to infant/toddler programs, early care and education programs and school-age programs. Licensed centers also may choose to meet more rigorous, research-based or accreditation standards. (There also are license-exempt centers, such as programs that are part of a public school district or private school.)

### Head Start & Early Head Start

Head Start and Early Head Start programs support the mental, social and emotional development of children from birth to age 5. In addition to education services, programs provide children and their families with health, nutrition, social and other services.

### School District Preschool Programs

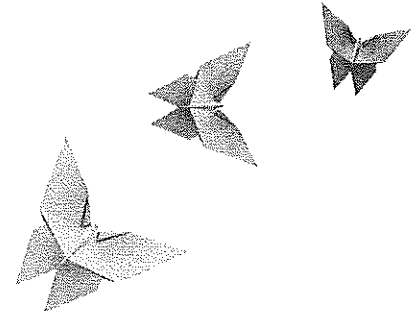
School districts provide research-based preschool programs for 3- and 4-year-olds, that may be located within a school district site, a private provider or a local Head Start agency.

### Special Services School Districts

These districts provide options for preschool students with special needs and were developed to address the educational and developmental needs of children ages 3-5. Typically, these districts are comprised of three types of classes: classes that educate 4-year-old students who have special needs in the same classroom as those students who do not have special needs; preschool classes for students with Individualized Educational Programs and the need for smaller groups sizes and more individualized programming; and classes with highly specialized instruction for students with autism and students with hearing impairments.



**When visiting a child care or early learning program, there are questions you can ask to help you determine which program is best for your child and family. These questions are based on indicators of quality that are embedded in the Grow NJ Kids standards.**



### Safe, Healthy Learning Environment

- Is there regular communication between program staff/teachers and parents? How is the information communicated (email, phone calls, letters sent home with child)?
- Is the space clean?
- Do you see staff and children washing their hands before and after meals and diapering? Is the facility safe and secure?
- Is the outdoor play space safe, clean, free of litter and broken glass?
- What meals are provided by the program? Are children allowed to bring their own food for religious or dietary reasons?
- Does the program have an oral health or a tooth brushing policy?
- Does the program check the children's eyes, hearing, teeth, and growth by providing screenings?
- Does the program support breastfeeding (breast milk storage/ place to breastfeed)?
- Are children of different ages cared for together or are they grouped by age?
- How are children supervised during different situations (sleep or outside play)?

### Curriculum and Learning Environment

- How many children will be in your child's class/group? What are the ages of the children in the classroom/home?
- Is there a daily schedule?
- Does the daily schedule incorporate both indoor and outdoor play opportunities?
- Do you observe positive, warm and nurturing teacher-child interactions and conversations while in the classroom/home?
- Do you see children interacting with each other?
- Do the children have access to books and other materials?
- Are the children read to each day?
- Does the program use a research-based curriculum (age appropriate for infants and young children)?
- Are children given "free play" time (For example, are children allowed to choose the book they'd like to read or what activity they'd like to do)?

### Family and Community Engagement

- Does the program have an open door policy? Are parents allowed to visit at any time?
- Does the program make community resources (events, information regarding services) available to families?
- Does the program embrace your child's home language in the classroom/home and/or in the materials being used?
- Does the program share information about activities/lessons being worked on so parents can reinforce at home? For infants, is there a daily log?

- Does the program have opportunities for parents to volunteer in the classroom/home?
- Does the program offer parent workshops?
- Does the program have a parent council or parent group?

### Workforce/Professional Development

- What is the education level of the staff?
- How long have the staff been employed with the program?
- What types of trainings do staff attend each year?
- How many staff have received Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR) and First Aid training?
- If the program uses a research-based curriculum, have the staff had formal curriculum training?

### Administration and Management

- Does the program have a current child care license or family child care registration? (If applicable, as some school district programs are not required to have a child care license.)
- What is the tuition/cost? Other fees?
- Does the program have a parent handbook that outlines policies and procedures including child illness/sickness, emergencies, discipline?
- Is the program director on site during operating hours?
- What is the daily child check-in and check-out policy when dropping off and picking up your child?
- Is the program enrolled in Grow NJ Kids?

