



**ESTADO DE NUEVO MEXICO DEPARTAMENTO DE NIÑOS, JOVENES Y FAMILIAS
SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS**

Date Received: _____

Las solicitudes se procesan dentro de 10 días de haber recibido la solicitud completa y verificación requerida. Por favor, conteste todas las preguntas utilizando un bolígrafo negro o azul. Por favor, imprimir en forma legible.

SECCIÓN I - Información del Participante

Nombre		<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Separado/a	
Dirección física / Calle y Número		Direccion de correo/caja postal	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Teléfono Primario:	Telefono Secundario:	Preferencia de Idioma	Sin Hogar: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Correo Electrónico:		¿Está usted o su cónyuge actualmente en las Fuerzas Armadas? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, Servicio Activo <input type="radio"/> Sí, Guardia / Reserva	

Por qué necesita Asistencia de cuidado de niños? Trabajo Educación/Estudios Experiencia Laboral Programa de Entrenamiento

SECCIÓN II - Verificación

¿Alguna vez ha recibido asistencia de cuidado de niños en Nuevo Mexico?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Donde?
¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un nombre diferente?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bajo que nombre/s?

SECCIÓN III - Lista de personas que viven en el hogar, incluyendo a usted mismo, adultos, niños menores de 18 años por los cuales usted es responsable.

Miembros del Hogar	Raza (ver tabla abajo)	Hispano (Si o No)	(Opcional) Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento Mes/dia/Año	Género M/F	Relación con Usted	Tiene el Niño alguna Discapacidad? Si/No

Tipos de Raza y Codigos:

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| 1. Indio Nativo o Nativo Americano de Alaska | 4. Nativo de Hawaii o del Pacífico | 5. Blanco |
| 2. Asiático | 3. Americano Africano | 6. Otro (Por favor especifique arriba) |

SECCIÓN IV - Información sobre empleo e ingresos no ganados

Está recibiendo alguna de las siguientes:			Nombre de la persona que trabaja	Nombre, dirección y teléfono del Empleador
TANF y / o asistencia del gobierno (ej. VISTA, AmeriCorp, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Cupones para Alimentos / SNAP	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Efectivo / Regalos / Otros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Prestaciones de la Seguro Social / Seguro Suplemental (discapacitación)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Beneficios de Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Vales de Vivienda (HUD)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
¿Su familia posee bienes que exceden \$ 1.000.000?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

SECCIÓN V - Sus derechos y responsabilidades

Por favor: (1) lea cada sección detenidamente; (2) asegurarse de que entiende cada declaración; (3) Si tiene dudas por favor pida aclaración; y (4) Por favor de firmar y fechar en la parte de abajo de la pagina.

ACUERDO DE PROVISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo en proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir beneficios para mí y para quienes estoy solicitando. Yo entiendo que mi número de seguro social no se requiere para recibir los beneficios. Yo entiendo que tengo que demostrar mi elegibilidad y estoy de acuerdo en ello. Doy mi permiso al Departamento de niños, Jóvenes y Familias (CYFD) para ponerse en contacto con personas o entidades que tengan conocimiento de mis circunstancias, para obtener la información necesaria, que yo no pueda proporcionar o verificar. Entiendo que toda la información dada a CYFD es confidencial y está restringido a los empleados de CYFD que lo necesitan para la administración de los programas para los que he solicitado y que esta información será utilizada únicamente con el propósito de establecer la elegibilidad, la cantidad de beneficios, o para prestación de servicios. Además, entiendo que la información confidencial puede ser revelada a otras organizaciones/agencias que participan en la administración de programas de asistencia federal que proporcionan beneficios de ingresos suplementarios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR CAMBIOS

YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD ES LA BASE PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD para asistencia. Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio que afectan la necesidad de cuidado, que incluyen pero no está imitado a, cualquier cambio no temporal en actividad, o miembros de familia que se mudan dentro o fuera del hogar, dentro de cinco (5) días hábiles después de que el cambio ocurre.

RESPONSABILIDAD DE CO-PAGO

Yo entiendo que el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias harán pago o pago parcial en mi nombre para el cuidado del niño(s) nombrado en el presente documento, a la tasa aprobada por CYFD, el cual esta sujeto a las regulaciones federales aplicables, así como las normas y reglamentos establecido por el Departamento. Entiendo que estoy obligado a pagar a mi proveedor el co-pago establecido en el Contrato de Colocación de cuidado de niños, proporcionado así como el impuesto de ingresos netos si el proveedor decide cobrarme directamente.

VERIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que un representante de CYFD puede llamar o visitar mi casa y puede ponerse en contacto con otras personas con el fin de verificar mi elegibilidad para beneficios. También entiendo que la información que proporciono será sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales, a través de la computadora de compatibilidad con otros organismos, como sistema de verificación de Ingresos del Estado y de Elegibilidad. Yo entiendo que si la información que he reportado resulta ser incorrecta, mis beneficios de cuidado infantil pueden ser negados o terminados y yo puedo estar sujeto a un proceso criminal por proporcionar información incorrecta.

SANCCIONES POR FRAUDE

Yo entiendo que voy a ser objeto de enjuiciamiento por fraude si a sabiendas proporciono información falsa, incorrecta o incompleta con el fin de obtener, tratar de obtener, o ayudar a alguien para que obtenga asistencia de cuidado infantil. Yo entiendo que no proporcionar un número de seguro social o proporcionar números falsos no constituye fraude si es con fines de obtener asistencia de cuidado de niños. Además, entiendo que seré requerido a pagar los beneficios recibidos de manera incorrecta.

AUDIENCIAS JUSTAS

Yo entiendo que yo, o mi representante, puede solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada sobre cualquier aspecto de mi caso y que la petición de una audiencia imparcial debe hacerse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el Departamento tomó medidas que afectan mis beneficios. Yo entiendo que tengo el derecho de examinar, antes de la audiencia, el expediente de mi caso y los documentos utilizados en la determinación. Si elijo continuar recibiendo beneficios en espera del resultado de la audiencia imparcial, se me puede exigir devolver este dinero si la decisión no está en mi favor a menos que el oficial de la audiencia o el Director de la División disponga otra cosa.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CIVILES

Entiendo que es ilegal discriminar contra cualquier solicitante o beneficiario de cualquier programa administrado por CYFD por motivos de raza, color, sexo, edad, credo religioso, nacionalidad, incapacidad o creencias políticas. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central de CYFD, el Departamento de Justicia de EE.UU., o la Comisión de Derechos Civiles en Washington, DC

Yo entiendo que mi firma abajo verifica que he leído la sección "Derechos y Responsabilidades" completa y que entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente.

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN VI - Para uso de Oficina solamente

Child Care Application is an: Intake <input type="checkbox"/> Re-Certification <input type="checkbox"/> WPA <input type="checkbox"/>		Total Monthly Average for Self Employment Gross Income-Total Expenses=Net Income	Total Income \$ _____
Other <input type="checkbox"/>			
Comments			
Case Worker Signature _____		Date _____	Child Care Application is: Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>