



Solicitud de ayuda para cuidado infantil

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

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

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

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

- Padres de acogida que necesitan ayuda para cuidado infantil para poder trabajar y que solo están solicitando ayuda para los niños de acogida.
- Familias que reciben servicios de protección o prevención.

Consulte las instrucciones de solicitud (CFWB-012A) para obtener información ☐ Nuevo ☐ Cambio/recertificación ☐ Reabierto

SOLO PARA USO INTERNO

N.º de caso:

Fecha de la solicitud:

Sección 1: Solicitante

Apellido (incluya sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis):

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Estado civil:

Dirección de la casa:

Apt. n.º:

Ciudad/Distrito:

Estado:

Código postal:

¿Esta dirección es temporal? ☐ Sí ☐ No *Si respondió afirmativamente, su familia reside actualmente en* (marque una opción): ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Vivienda compartida con otra familia ☐ Hotel/motel ☐ Automóvil, autobús, tren

☐ Parque, campamento ☐ Otro

Teléfono (trabajo):

Teléfono (casa):

Teléfono (celular u otro):

Correo electrónico:

¿Recibe ayuda económica? ☐ Sí ☐ No

N.º de CA:

¿Cuál es su idioma principal? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

¿Cuál es su idioma preferido? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

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

Sección 2 Menores que necesitan atención	Nombre (Apellido, Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿El padre y madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (<i>vea las leyendas abajo</i>)	Número de seguro social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es un ciudadano estadounidense, es nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										

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

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

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

Códigos de afiliación racial:

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

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

Sección 2B Familiares	Nombre (apellido, primer nombre) <i>(incluya sobrenombres o nombres de soltera entre paréntesis)</i>		Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Identidad de género** <i>(opcional)</i>	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(vea la leyenda de la derecha)</i>	Número de seguro social <i>(opcional)</i>	Para agregar a otros integrantes de la familia, adjunte una hoja aparte. Incluya información del cónyuge, del padre, de la madre o del encargado del cuidado de los menores para los que se solicita cuidado que vivan en la casa. Códigos de afiliación racial: AI Nativo americano o nativo de Alaska AS Asiático BL Negro o afroamericano HP Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico WH Blanco
	1.			Usted							
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										
SOLO PARA USO INTERNO		Número de integrantes de la familia: _____									

Sección 3
Necesidades del menor/de la familia

¿Cuál es el motivo de la solicitud de ayuda para cuidado infantil?

☐ Empleo

☐ Formación vocacional/actividades educativas

☐ Recepción de servicios por violencia doméstica

☐ Búsqueda de trabajo

☐ Sin hogar

☐ Participación en un programa aprobado de tratamiento para el abuso de sustancias

¿Está el padre o la madre actualmente en servicio activo (tiempo completo) en el Ejército de los Estados Unidos?

☐ Sí

☐ No

¿El padre o la madre es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de Reserva Militar?

☐ Sí

☐ No

¿Hay un padre/madre sin custodia disponible para dar cuidado infantil?

☐ Sí

☐ No

¿El solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil mediante otra solicitud?

En caso afirmativo, indique la agencia:

☐ Departamento de Educación (Department of Education, DOE)

☐ Administración de Recursos Humanos (HRA)

☐ Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (Department of Youth and Community Development, DYCD)

☐ Departamento de Servicios para Personas sin Hogar (Department of Homeless Services, DHS)

☐ Consorcio para la Educación de los Trabajadores (CWE)

☐ Administración de Servicios para Niños (ACS)

Sección 3: Empleo (si el empleo es el motivo del cuidado)	Nombre del empleador del solicitante: _____			N.º de tel.: _____		Dirección: _____		Ciudad/Distrito: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
	Fecha de inicio del empleo: _____			¿El trabajo tiene un turno rotativo?		☐ Sí ☐ No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)?		☐ Sí ☐ No			
	<i>Si el solicitante tiene un segundo trabajo</i>												
	Nombre del empleador del solicitante: _____			N.º de tel.: _____		Dirección: _____		Ciudad/Distrito: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
	Fecha de inicio del empleo: _____			¿El trabajo tiene un turno rotativo?		☐ Sí ☐ No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)?		☐ Sí ☐ No			

Otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar

Nombre del empleador del solicitante: _____

N.º de tel.: _____

Dirección: _____

Ciudad/Distrito: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Fecha de inicio del empleo: _____

¿El trabajo tiene un turno rotativo?

☐ Sí

☐ No

¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)?

☐ Sí

☐ No

Si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo trabajo

Nombre del empleador del solicitante: _____

N.º de tel.: _____

Dirección: _____

Ciudad/Distrito: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Fecha de inicio del empleo: _____

¿El trabajo tiene un turno rotativo?

☐ Sí

☐ No

¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)?

☐ Sí

☐ No

Sección 4
Cronograma de tiempo de viaje/actividad/trabajo

Cronograma de trabajo/actividad típicos (es decir, actividad educativa/vocacional)

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Cronograma de trabajo/actividad típicos para otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Tiempo de viaje

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

Cónyuge/Otro

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

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

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Complete el siguiente cronograma solo si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

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

							SOLO PARA USO INTERNO			
Sección 5 Información sobre ingresos	Fuentes				Si/No	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, etc.)	¿Quién es el beneficiario?	Tipo de documentación	Cálculos mensuales
	Salario del solicitante, incluyendo las horas extras, las comisiones, los programas de formación, las propinas					\$		Usted		
	Otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar Salario, incluyendo las horas extras, las comisiones, los programas de formación, las propinas					\$				
	Ingresos netos como trabajador independiente					\$				
	Pagos de manutención de menores (recibidos)					\$				
	Pensión alimenticia/manutención de cónyuge (recibidas)					\$				
	Beneficios del seguro de desempleo, compensación para trabajadores					\$				
	Beneficios del Seguro Social (incluyendo Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI])					\$				
	Beneficios por discapacidad (Estado de Nueva York, Administración de Veteranos [VA], privado)					\$				
	Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)					\$				
	Dividendos/intereses (acciones, bonos, ahorros)					\$				
	Jubilación, pensiones/anualidades					\$				
	Subsidio de ayuda económica, beneficios netos de seguridad					\$				
	Otros (especificar):					\$				
Ingresos totales						\$				

3 de 7

Sección 6
Proveedor

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

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

Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____

Sección 7
Certificación

1. Entiendo que la información que contiene este formulario se usará para determinar si mi familia o yo cumplimos somos elegibles para recibir servicios/subsidio. Comprendo que, con mi firma en este formulario de solicitud, acepto cooperar por completo con todas las investigaciones que se hagan para verificar o confirmar la información que he dado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de ayuda para cuidado infantil. Si se solicita, daré información adicional.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a ACS de NYC al (212) 835- 7610 para solicitar que le envíen por correo copias físicas de los siguientes folletos.

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

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

Ambos padres/madres/encargados del cuidado deben firmar a continuación si el grupo familiar incluye dos padres/madres/encargados del cuidado.

Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____ Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____ Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Sección 8
Solo para uso interno

Días y horarios de atención autorizados:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

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

Duración de la elegibilidad desde _____ hasta _____

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

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Fecha: _____

Códigos: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Niños adicionales (si corresponde)

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

Sección 2 Menores que necesitan atención	Nombre (Apellido, Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿El padre y madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas abajo)	Número de seguro social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es un ciudadano estadounidense, es nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
	28.										

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

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

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

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

Familiares adicionales (si corresponde)

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

Sección 2B Familiares	Nombre (apellido, primer nombre) <i>(incluya sobrenombres o nombres de soltera entre paréntesis)</i>	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(Consulte el código abajo)</i>	Número de seguro social <i>(opcional)</i>	
	9.								
	10.								
	11.								
	12.								
	13.								
	14.								
	15.								
	16.								
	17.								
	18.								
	19.								
	20.								
	21.								
	22.								
	23.								
	24.								
	25.								
	26.								
	27.								
	28.								
							** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.		
	SOLO PARA USO INTERNO		Número de integrantes de la familia: _____		Códigos de afiliación racial:				
					AI Nativo americano o nativo de Alaska				
					AS Asiático				
					BL Negro o afroamericano				
					HP Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico				
					WH Blanco				

Proveedores adicionales (si corresponde)

Proveedor	Si usted califica para recibir ayuda para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado en el hogar. Si elige un proveedor que no tiene licencia o no está registrado, el proveedor debe estar inscrito como proveedor legalmente exento. Escriba abajo los nombres y direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta. Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____
Proveedor	Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____
Proveedor	Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____
Proveedor	Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____
Proveedor	Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____

Notas sobre ingresos

División de Bienestar Infantil y Familiar
**Instrucciones para completar la solicitud de ayuda
para cuidado infantil de categoría 2**

La disponibilidad de la ayuda para cuidado infantil depende de
los fondos de la Subvención Global del Cuidado Infantil.

Estimados padres/madres/encargados del cuidado:

ESTA SOLICITUD SE USA PARA SOLICITAR ÚNICAMENTE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DE CATEGORÍA FAMILIAR 2

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

Cuando presenta la solicitud de ayuda para cuidado infantil en lugar de la Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921), usted solicita ayuda para cuidado infantil solo en la categoría 2, es decir, cuando hay fondos disponibles. Usted no solicita ayuda para cuidado infantil de categoría 1, cuidado infantil garantizado.

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

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

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

LEER ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

- ▶ Si recibe servicios de bienestar infantil de prevención o protección, o es un padre/madre de acogida, es posible que ya sea elegible para recibir ayuda para cuidado infantil y quizás no tenga que completar esta solicitud. Solicítele al asistente social de su caso que le haga una remisión para recibir ayuda para cuidado infantil.
- ▶ Si recibe ayuda económica (CA), debe comunicarse con el Centro de Trabajo de la Administración de Recursos Sociales (HRA) para recibir ayuda para cuidado infantil.

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

SOLO PARA USO INTERNO

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

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

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

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

SECCIÓN 1

SOLICITANTE

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

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

SECCIÓN 2A

MENORES QUE NECESITAN ATENCIÓN

1. Escriba en letra de molde el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre de cada menor del grupo familiar para el cual solicita ayuda para cuidado infantil.
 2. Por cada niño del grupo familiar, escriba en letra de molde su relación con él (p. ej., hijo).
 3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada menor incluido.
 4. Indique si ambos, padre y madre, del menor viven en el hogar.
 5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada menor para el que solicita ayuda es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.
 6. Complete la columna Raza para cada menor que necesita cuidado infantil. Puede elegir varias categorías de razas para un solo menor. El suministro de información sobre la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia. Use los códigos de abajo.

AI - Nativo americano o de Alaska	AS - Asiático	BL - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	WH - Blanco	
 7. Dé el número del Seguro Social (SSN) de cada menor. No está obligado a dar los SSN. Podrán ser usados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para hacer informes federales.
 8. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil tiene una discapacidad¹. Si se determina que su hijo es elegible para recibir ayuda para cuidado infantil, visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener una Solicitud de necesidades especiales.
 9. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil es ciudadano o nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio.
 10. Adjunte una hoja separada para incluir menores adicionales (si solicita cuidado para más de ocho [8] menores).
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para la ciudadanía/ el estado migratorio únicamente para los menores que necesitan cuidado infantil.

¹ Un niño con una discapacidad o necesidades especiales es un niño incapaz de cuidar de sí mismo y un médico, psicólogo autorizado o certificado u otro profesional con las credenciales apropiadas para hacer un diagnóstico le han diagnosticado una o más de las siguientes condiciones en la medida tal que se requiere educación especial o servicios relacionados, de acuerdo con el artículo 602 de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (20 U.S.C. 1401), parte C de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (20 U.S.C. 1431 et seq.) y el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794): deficiencia visual, sordera u otra deficiencia auditiva, deficiencia ortopédica, trastornos emocionales, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, deficiencia del habla, deficiencia de la salud, autismo, múltiples discapacidades, lesión cerebral traumática, ceguera-sordera u otra deficiencia de la salud.

SECCIÓN 2B

FAMILIARES

1. Un integrante de la familia es cualquier otro integrante de todo su grupo familiar, incluyendo los menores que no necesitan cuidado infantil. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted, incluyendo el otro padre, el encargado del cuidado y el padrastro del menor, si corresponde. El encargado del cuidado es un tutor legal, un familiar encargado del cuidado o cualquier otra persona que sustituya al padre/madre del menor. Escriba en letra de molde el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre, si corresponde.
 2. Escriba en letra de molde la relación que usted tiene con cada una de estas personas (p. ej., cónyuge, pareja, abuelo, padre, madre, etc.).
 3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada persona del grupo familiar.
 4. Escriba su identidad de género en letra de molde. Puede dar las palabras que describan mejor su identidad de género. La identidad de género es cómo se define y llama a usted mismo, ya sea hombre, mujer, una mezcla de ambos o ninguno. El género puede alinearse o no con el sexo asignado en el nacimiento. Esta es una pregunta opcional, y su respuesta o elección de no responder no afectará a su elegibilidad.
 5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada miembro del grupo familiar es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.
 6. Complete la columna Raza para todas las personas que viven con usted. Puede elegir varias categorías de razas para una sola persona. El suministro de información sobre la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia. Use los códigos de abajo.

AI - Nativo americano o de Alaska	AS - Asiático	BL - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	WH - Blanco	
 7. Escriba el número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de los integrantes de su familia. El SSN es opcional. Las agencias locales, estatales y federales podrán usar el SSN para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para hacer informes federales.
 8. Si su grupo familiar tiene más de ocho (8) integrantes, adjunte una hoja separada para detallar toda su información.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para todos los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si el cuidado infantil es necesario para el menor, para verificar la relación de este con el padre/madre/solicitante y comprobar su edad.

SECCIÓN 3

NECESIDADES DEL MENOR/DE LA FAMILIA

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

SECCIÓN 4**EMPLEO**

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

1. Escriba en letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador del solicitante.
 2. Escriba la fecha de inicio del empleo.
 3. Marque la casilla correspondiente para indicar si su trabajo tiene turnos rotativos o requiere horas extras.
 4. Si corresponde, escriba en letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador para el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar.
 5. Si corresponde, escriba la fecha de empleo del otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar.
 6. Si corresponde, marque la casilla correspondiente para indicar si el trabajo del otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene turnos rotativos o requiere horas extras.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para el empleo.

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

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

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

SECCIÓN 6**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

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

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

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

SECCIÓN 7

PROVEEDOR

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

SECCIÓN 8

CERTIFICACIÓN

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

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

SECCIÓN 9

SOLO PARA USO INTERNO

No complete esta sección. La usará el personal que determinará si su familia es elegible para recibir cuidado.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

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

INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

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

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

Lista de verificación de envío de una nueva solicitud de ayuda para cuidado infantil

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

1. SOLICITUD (CFWB-012)

Asegúrese de completar todas las secciones, incluido lo siguiente:

- ☐ Si es la vivienda de ambos, padre y madre, ambos deben firmar ☐ Estado militar (Sección 3)
- ☐ Tiempo de viaje (Sección 5)

2. RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Copia de uno de los siguientes documentos:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Licencia de conducir | ☐ Certificado de la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA) | ☐ Alquiler actual |
| ☐ Tarjeta de identificación de la ciudad de Nueva York (IDNYC) | ☐ Factura de servicios públicos con su dirección actual (por ejemplo, electricidad, gas, calefacción, aceite, wifi/Internet, cable o línea de teléfono fija)* | |
| ☐ Carta de adjudicación en la Sección 8 | ☐ Declaración actual de alquiler o hipoteca con la dirección* | |
| ☐ Verificación de residencia CFWB-067 | ☐ Verificación de vivienda CFWB-027 con la dirección mencionada | |
| ☐ Carta de residencia en refugio con la dirección mencionada | ☐ Otro _____ | |

TENGA EN CUENTA: Si la documentación de "OTRO" no es satisfactoria, ACS informará al solicitante.

Los documentos no pueden estar vencidos.

Los documentos con un * no pueden tener más de 60 días de antigüedad.

3. SOLO PARA MENORES QUE NECESITAN CUIDADO INFANTIL: ESTADO MIGRATORIO/CIUDADANÍA

Copia de uno de los siguientes documentos:

- | | |
|--|--|
| ☐ Certificado de nacimiento estadounidense | ☐ Tarjeta de registro de extranjeros incluyendo Residente permanente o la Green Card |
| ☐ Formulario de pasaporte estadounidense | ☐ FS-240 (Reporte de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de los EE. UU.) |
| ☐ Certificado de naturalización | ☐ Otro _____ |

TENGA EN CUENTA: Si la documentación de "OTRO" no es satisfactoria, ACS informará al solicitante.

4. RELACIÓN DEL MENOR CON EL PADRE/MADRE/SOLICITANTE

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Certificado de nacimiento | ☐ Registro de adopción |
| ☐ Registro de bautismo | ☐ Orden judicial para tutor legal con responsabilidad económica |
| ☐ Pasaporte con la firma del padre/madre | ☐ Otro (complete la verificación del encargado del cuidado CFWB-058) |

5. EDAD

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Certificado de nacimiento | ☐ Registro de adopción |
| ☐ Registro de bautismo | ☐ Tarjeta de Registro de Extranjero |
| ☐ Pasaporte | ☐ Documentación oficial del hospital del nacimiento del menor |

6. INGRESO

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

Si tiene un empleo:

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

O

Recibos de sueldo (quincenales= cada 2 semanas; bimensuales = dos veces al mes)

- ☐ Semanal: 4 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta es el mismo
- ☐ Semanal: 12 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta varía
- ☐ Quincenal/Bimensual: 2 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta es el mismo
- ☐ Quincenal/Bimensual: 6 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta varía

Visite la página <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud.

Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.

Si es un trabajador independiente:

- ☐ Si ha trabajado por cuenta propia por 1 año o más: Presente un Formulario 1040 actualizado, completo y firmado Y una programación 1 (Formulario 1040) Y uno de los siguientes documentos, dependiendo de su tipo de negocio:
- ☐ Empresario por cuenta propia: Programación C (Formulario 1040 y cualquier Formulario 1099 relacionado)
- ☐ Para una Corporación S y Corporación LLC: Formulario 1120-S
- ☐ Para colaboraciones LLC: Formulario 1065
- ☐ Si ha trabajado por cuenta propia por 1 año o más, pero no tiene un formulario 1040 actual debido a la presentación de una prórroga: Presente un Formulario 4868 completo y firmado Y tres meses de registros del negocio mantenidos con fines fiscales.
- ☐ Si ha trabajado por cuenta propia por menos de 1 año: Presente la Verificación de la información de ingresos de trabajador por cuenta propia CFWB-031 Y tres meses de registros del negocio.
- ☐ Si ha trabajado por cuenta propia por menos de 3 meses: Presente la Verificación de la información de ingresos de trabajador por cuenta propia CFWB-031 Y registros del negocio por cada mes que ha trabajado por cuenta propia.

Otros ingresos:

- ☐ Para SSI, seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSD), beneficios de desempleo, ingresos por el alquiler, pensiones, anualidades, compensación de los trabajadores: Presente una prueba de esta fuente de ingresos en forma de un cheque reciente, talón de pago o carta de aprobación. No es necesario que incluya el SSI que recibe por alguno de los menores en su grupo familiar. Si la cantidad es la misma cada mes, debe presentar un mes de documentación. Si la cantidad es diferente cada mes, debe presentar 3 meses de documentación. Si cree que los 3 meses anteriores no presentan sus ingresos normales de esta fuente, puede presentar hasta 6 meses de documentación. El cheque, talón de pago o carta de aprobación más reciente debe estar fechado en el plazo de 30 días desde la fecha en la que presentó su solicitud.
- ☐ Para pensión alimenticia y manutención de menores: Presente la documentación si tiene un acuerdo, una carta de aprobación o copia de los cheques. Si la cantidad es la misma cada mes, debe presentar un mes de documentación. Si la cantidad es diferente cada mes, debe presentar 3 meses de documentación. Si cree que los 3 meses anteriores no presentan sus ingresos normales de esta fuente, puede presentar hasta 6 meses de documentación. El acuerdo, carta de aprobación o cheque más reciente debe estar fechado en el plazo de 30 días desde la fecha en la que presentó su solicitud.

7. MOTIVOS DE LA ATENCIÓN

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

a. Trabajar mínimo 10 horas a la semana ganando al menos el salario mínimo:

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

b. Actividad educativa/vocacional:

Escuela vocacional, carrera de 2 años o carrera de 4 años (uno de los siguientes)

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

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

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

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

- ☐ Carta de residencia en un refugio (si vive en un refugio, incluyendo Centros de ayuda y respuestas ante emergencias humanitarias) O
- ☐ Verificación de vivienda CFWB-027 (Si vive en pareja, en un lugar no destinado a la habitación humana, en un hotel/motel o en otra situación de vivienda)

e. Remisión por violencia doméstica (del proveedor de servicios por violencia doméstica):

- ☐ Remisión a servicios por violencia doméstica

f. Remisión al programa de tratamiento de abuso de sustancias (del proveedor del servicio del tratamiento de abuso de sustancias):

- ☐ Remisión a servicios para tratar el abuso de sustancias

Visite la página <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud.

Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.

The City of New York
Administration for Children's Services
Division of Child and Family Well-Being
66 John Street, 7th Floor
New York, New York 10038



Cómo presentar su solicitud

Complete la solicitud de asistencia para cuidado infantil (CFWB-012), junte toda la documentación necesaria para verificar el tamaño de la familia, la residencia, los ingresos y por qué necesita el servicio de cuidado. Use la lista de verificación de la solicitud para asegurarse de que esté completa antes de presentarla.

Una vez completada, envíe su solicitud y documentación a la dirección de abajo para su procesamiento:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

Todos los documentos deben enviarse mediante el Servicio Postal de los Estados Unidos. No puede enviar los documentos por FedEx ni UPS a un apartado postal.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud, llame al centro de atención telefónica de ACS, cuidado de niños, al 212-835-7610.



MEMORANDO

Jess Dannhauser
Comisionada

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

Para: Todos los padres/madres/tutores que soliciten ayuda para cuidado infantil

Asunto: Estado de inmigración

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

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

Visite
www.nyc.gov/acs

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov



Formulario de registro de votantes del estado de Nueva York

Regístrese para votar

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

- cambiar el nombre o la dirección en su registro de votante;
- afiliarse a un partido político;
- cambiar su afiliación a un partido político;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- no estar en prisión condenada por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar;
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

Envíe este formulario por correo o entréguelo en la Oficina de la Junta

Complete el formulario de abajo y envíelo a la dirección de su condado que figura al dorso, o entréguelo en la oficina de la Junta Electoral de su condado.

Este formulario debe recibirse a más tardar 10 días antes de la elección en la que quiere votar. Su condado le notificará que está registrado para votar.

¿Tiene alguna pregunta?

Comuníquese con la Junta Electoral de su condado que figura al dorso de este formulario o llame al 1-800-FOR-VOTE (para TDD/TTY, marque 711).

Consulte las respuestas y las herramientas disponibles en nuestro sitio web www.elections.ny.gov.

Verificación de identidad

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

Si no tiene número del DMV o de Seguro Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre o dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de estos tipos de identificación. Asegúrese de doblar el formulario y de sellarlo a cada lado con cinta adhesiva.

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

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

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

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

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

! Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral. Escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No	For board use only
	Si su respuesta es No , no puede registrarse para votar.	
2	A) ¿Tendrá 18 años o más el día de las elecciones o antes? ☐ Sí ☐ No	
	B) ¿Tiene al menos 16 años y comprende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar, y que hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones su registro se marcará como "pendiente" y no podrá emitir un voto en ninguna elección? ☐ Sí ☐ No	
Si su respuesta es No a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.		
3	Apellido _____ Sufijo _____	
	Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____	
Más información Los puntos 5, 6 y 7 son opcionales	4 Fecha de nacimiento MM DD AAAA	5 Sexo
	6 Teléfono XXX-XXX-XXXX	7 Correo electrónico
La dirección donde vive	Dirección (no proporcione un apartado postal)	
	8 N.º de apto. _____	Código postal XXXXXX
	Ciudad/Pueblo/Aldea _____	
	Condado del estado de Nueva York _____	
La dirección donde recibe su correspondencia Si no es la indicada arriba.	Dirección o apartado postal _____	
	9 Apartado postal _____	Código postal XXXXXX
Ciudad/Pueblo/Aldea _____		
Antecedentes de votación	10 ¿Ha votado antes? ☐ Sí ☐ No	11 ¿En qué año? XXXX
Información electoral que ha cambiado Omita si no hubo cambios o no ha votado antes.	12 Su nombre era _____	
	Su dirección era _____	
Su estado o condado dentro del estado de Nueva York anterior era _____		
Identificación Debe seleccionar una opción. Si tiene preguntas, consulte Verificación de identidad más arriba.	13 ☐ Número del DMV del estado de Nueva York XXXXXXXXXX	
	☐ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social XXXX-XXXX-XXXX-XXXX	
	☐ No tengo licencia de conducir del estado de Nueva York ni número de Seguro Social.	
Partido político Debe seleccionar una opción. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.	14 Deseo afiliarme a un partido político ☐ Partido Demócrata ☐ Partido Republicano ☐ Partido Conservador ☐ Partido de Familias Trabajadoras ☐ Otro _____ No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente ☐ Ningún partido	16 Declaración jurada: Juro o declaro que: • soy ciudadano de los Estados Unidos; • habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones; • cumplo con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York; • la firma o la marca en el recuadro de abajo es de mi puño y letra. • la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.
Preguntas opcionales	15 ☐ Necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes. ☐ Quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones.	Firma Fecha

Coloque la dirección y el sello en esta sección

Coloque aquí el sello de correos de primera clase



Dirección de la Junta Electoral de su condado (seleccione una de las

Antes de enviar este formulario por correo, quite la cinta adhesiva, doblelo y séllelo.

Firma	Fecha

Con su firma abajo, usted certifica que:

organs su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;

información a la Junta Electoral de si su nombre e información de identificación al Registro Donante Life (del estado de Nueva York para que lo inscriban);

autoriza a la Nueva York para que el acceso a información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal y a los bancos de plajos y los con licencias del estado de Nueva York y a las entidades autorizadas por el comando de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Recibirá una carta o un correo electrónico de confirmación que le dará también la posibilidad de limitar su donación.

Si desea ser donante de órganos o tejidos después de su muerte, puede inscribirse en el Registro *Donate Life*™ del estado de Nueva York por Internet en www.donatelife.ny.gov o completar el formulario de abajo.

(Opcional) Inscribíbase para donar órganos o tejidos

New York City 33 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 (212) 487-5300	Chenango 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	Clinton City Government Ctr. 2714 St. Hwy 29 Watkinsville, NY 12095 (518) 481-1663	Albany 260 S. Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5660	Allegany 8 Willis Ave. Beaumont, NY 14813 (518) 828-3115	Broome Government Plaza 60 Hawley St. Coarskill, NY 13802 (607) 778-2172	Delaware 37 Main St. Delhi, NY 13753 (518) 719-5650	Cattaraugus 207 Rock City St. Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	Cayuga 151 Genesee St. Auburn, NY 13621 (315) 253-1285	Chautauque 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4880	Chemung 378 South Main St. Elmira, NY 14902 (607) 737-5475
Franklin 535 West Main St. Sicily, NY 12563 (518) 481-1663	Lewis 7660 N. State St. Union Station Lowville, NY 13367 (315) 376-5239	Madison County Office Bldg. 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 14454 (660) 243-7090	Ontario 74 Ontario St. Canastota, NY 14242 (315) 435-3312	Orleans 80 State Hwy 310 New City, NY 10956 (845) 638-5172	Orange 396-4005 State Hwy 310 New City, NY 10956 (845) 638-5172	Saratoga 60 W. High St. Ballston Spa, NY 12020 (518) 377-2469	Schenectady 2868 Hamilton St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	Schoharie County Office Bldg. 284 Main St. Schoharie, NY 12157 (607) 295-8388	Tompkins County House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	Ulster 23 Hickey Ave. Kingston, NY 12401 (518) 539-1760
Warren 333 Broadway 3rd Floor Hudson Falls, NY 13603 (518) 539-1760	Seneca 1000 Erie Blvd West Watkinsville, NY 12095 (518) 539-1760	St. Lawrence 60 State Hwy 310 Watkinsville, NY 12095 (518) 539-1760	Ulster 60 State Hwy 310 Watkinsville, NY 12095 (518) 539-1760	Westchester 207 Rock City St. Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	Wyoming 4 Perry Ave. Auburn, NY 13621 (315) 253-1285	Yates 417 Liberty St. Franklin, NY 14202 (518) 539-1760				