

Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil



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

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

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

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

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

ESCRIBA TODO EN LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA

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

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

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

Sección 2 Child(ren) Needing Care	Apellido (Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	F.D.N.	Sexo	¿Los dos padres del menor residen en la vivienda?	Origen étnico Hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas a continuación)	Número del Seguro Social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El menor es ciudadano/nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio?
	1.										
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

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

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

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

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

Códigos de afiliación racial:

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

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

Sección 2B Integrantes de la Familia	Apellido (incluya sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	F.D.N.	Sexo	Origen étnico Hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas a continuación)	Número del Seguro Social (opcional)
	1.		Usted					
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							

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

Códigos de afiliación racial:

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

SOLO PARA USO INTERNO

Tamaño de la familia: _____

Sección 3 Necesidades Del Menor/De La Familia	¿Cuál es el motivo de la solicitud de asistencia para cuidado infantil?	¿Alguno de los padres presta servicios actualmente (a tiempo completo) en el Ejército estadounidense? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿El solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil a través de otra solicitud? <i>¡Si la respuesta es afirmativa, especifique la agencia!</i>
	<input type="radio"/> Empleo <input type="radio"/> Actividades educativas o de formación vocacional <input type="radio"/> Recepción de servicios por violencia doméstica <input type="radio"/> Búsqueda de empleo <input type="radio"/> Carencia de vivienda <input type="radio"/> Participar en un programa aprobado para el tratamiento del abuso de sustancias	¿Alguno de los padres es actualmente miembro de la guardia Nacional o la Unidad de Reserva del Ejército? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Hay un padre sin custodia disponible para brindar cuidado infantil? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Departamento de Educación (DOE) <input type="radio"/> Administración de Recursos Humanos (HRA) <input type="radio"/> Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD) <input type="radio"/> Departamento de Servicios para Personas sin Hogar (DHS) <input type="radio"/> Consorcio de Educación para los Trabajadores (CWE) <input type="radio"/> Administración de Servicios para Niños (ACS)

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

Sección 5
Cronograma de Tiempo de Viaje/ Actividad/ Trabajo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.							SOLO PARA USO INTERNO		
Sección 6 Información de ingresos	COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA	Fuentes	Sí/No	Monto bruto	¿Con qué frecuencia? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, etc.)	¿Quién es el beneficiario?	Tipo de documentación	Cálculos mensuales	
	Salario del solicitante, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas				\$		Usted		
	Otro padre, cuidador o padrastro del grupo familiar Salario, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, 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 (incluido Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI])				\$				
	Beneficios por discapacidad (Estado de Nueva York, Administración de Veteranos [Veterans Administration, VA], privado)				\$				
	Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)				\$				
	Dividendos/intereses (acciones, bonos, ahorros)				\$				
	Jubilación, pensiones/anualidades				\$				
	Subsidio de ayuda económica, beneficios netos de seguridad				\$				
Otra (especificar)				\$					
Ingresos totales				\$					

Sección 7 Proveedor

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

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

Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____

Sección 8 Certificación

- Entiendo que la información que contiene este formulario se utilizará para determinar si mi familia o yo cumplimos con los requisitos para recibir servicios/ subsidio. Comprendo que, al firmar este formulario de solicitud, acepto cooperar por completo con todas las investigaciones que se realicen para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de asistencia para cuidado infantil. Si se solicita, proporcionaré información adicional.
- En caso de que proporcione números del Seguro Social, estos podrán ser utilizados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.
- necesidades, ingresos, dirección, condiciones de vida, composición familiar o dirección donde se esté brindando el cuidado, sobre la persona que esté brindando el cuidado, o sobre las tarifas o el horario del cuidado infantil que se necesita.
- 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 inmigratorio satisfactorio. Entiendo que la información sobre estos niños puede ser enviada al Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service, INS) para la verificación del estado inmigratorio, si corresponde. También comprendo que el uso o la divulgación de la información sobre estos niños se limita a personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación del estado inmigratorio y la administración o la ejecución de las disposiciones del Programa de Asistencia para Cuidado Infantil.
- Entiendo que esta solicitud solamente se utilizará con el fin expreso de obtener asistencia para cuidado infantil. Para recibir otro tipo de asistencia, como Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid, ayuda económica u otros servicios, se requerirán otras solicitudes. Sin embargo, esta solicitud y la información que se obtenga como parte de una investigación sobre esta solicitud se pueden compartir con agencias municipales, estatales o federales a las cuales solicite o haya solicitado otro tipo de ayuda o beneficios.
- Las leyes federales y estatales estipulan las sanciones en forma de multa, prisión o ambas si no dice la verdad al solicitar asistencia para cuidado infantil o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad, o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o su elegibilidad continua. Las sanciones también se aplican si oculta o no manifiesta hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir asistencia para cuidado infantil; o si oculta o no manifiesta hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o continuación de la asistencia para cuidado infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de otra persona, la asistencia para cuidado infantil debe utilizarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener asistencia para cuidado infantil ocultando información o proporcionando información falsa.
- Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000.00.

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

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

Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a la ACS de la Ciudad de Nueva York al (212) 835-7610 para solicitar que le envíen copias impresas de los siguientes folletos.
LDSS-4148A: Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades; **LDSS-4148B:** Lo que debe saber sobre los programas de Servicios Sociales; **LDSS-4148C:** Lo que debe saber en caso de emergencia.
Certificación: Juro y afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado o que le proporcionaré a la ACS de la Ciudad de Nueva York en relación con la asistencia para cuidado infantil es correcta. He leído y entiendo los avisos descritos anteriormente y adjuntos. Entiendo y acepto las certificaciones mencionadas anteriormente.

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

Firma del padre o cuidador: _____ Firma del otro padre/cuidador: _____ Firma del otro padre/cuidador: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Sección 9 Solo oficina

Días y horarios autorizados para el cuidado:

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

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

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

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

Duración de la elegibilidad desde _____ hasta _____ Códigos: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Niños adicionales (si corresponde)

Enumere todos los niños en su hogar que necesitan cuidado infantil. (Solo niños que necesitan cuidado)

Sección 2 Niño(s) que necesita atención	Apellido (Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	F.D.N.	Sexo	¿Los dos padres del menor residen en la vivienda?	Origen étnico Hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas a continuación)	Número del Seguro Social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El menor es ciudadano/nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio?
	9.										
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											

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

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

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

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

Códigos de afiliación racial:

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

Familiares adicionales (si corresponde)

Please list all **other** members in your entire household (not listed in Section 2A) including children under age 18 who do **not** need child care. List yourself first, followed by everyone who lives with you.

Sección 2B Integrantes de la Familia	Apellido (Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	F.D.N.	Sexo	Origen étnico Hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas a continuación)	Número del Seguro Social (opcional)
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
28.								

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

Códigos de afiliación racial:

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

SOLO PARA USO INTERNO

Tamaño de la familia: _____

Proveedores adicionales (si corresponde)

Proveedor	Si califica para la Asistencia para el cuidado infantil financiada por la Subvención en bloque para el cuidado infantil del estado de Nueva York, tiene la opción de elegir: cuidado infantil en el centro o en el hogar. Si elige un proveedor que no tiene licencia ni está registrado, el proveedor debe estar inscrito como proveedor legalmente exento. Proporcione a continuación el(los) nombre(s) y la(s) dirección(es) de su elección de proveedor(es). Puede enumerar opciones adicionales 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: _____	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: _____	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: _____	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: _____	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: _____	Dirección: _____	Dirección: _____	

Notas de ingresos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEER ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

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

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

SOLO PARA USO INTERNO

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

SOLICITANTE

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

información del solicitante:

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

SECCIÓN 2A

MENORES QUE NECESITAN CUIDADO

1. Escriba el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre de cada menor del grupo familiar para el cual solicita asistencia para cuidado infantil.
 2. Por cada niño del grupo familiar, escriba su relación con él (p. ej., hijo).
 3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada menor incluido.
 4. Indique si ambos padres del menor viven en el hogar.
 5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada menor para el que solicita asistencia es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia.
 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 su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia. Utilice los siguientes códigos.
AI - Nativo americano o de Alaska **AS** - Asiático **BL** - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico **WH** - Blanco
 7. Proporcione el número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de cada menor. No está obligado a proporcionar los SSN. Estos podrán ser utilizados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para elaborar informes federales.
 8. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil tiene una discapacidad¹. Si se determina que su hijo reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia para cuidado infantil, visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener una Solicitud de necesidades especiales.
 9. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil es ciudadano o nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado inmigratorio 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 inmigratorio únicamente para los menores que necesitan cuidado infantil.

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

SECCIÓN 2B

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

SECCIÓN 3

NECESIDADES DEL MENOR/DE LA FAMILIA

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

SECCIÓN 4

EMPLEO

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

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

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

SECCIÓN 5

CRONOGRAMA DE TIEMPO DE VIAJE/ACTIVIDAD/TRABAJO

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

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

SECCIÓN 6

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

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

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

SECCIÓN 7

PROVEEDOR

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

SECCIÓN 8

CERTIFICACIÓN

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

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

SECCIÓN 9

SOLO PARA USO INTERNO

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

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

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

INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

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

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

Lista de Verificación De Envío De Una Nueva Solicitud De Asistencia Para Cuidado Infantil

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

1. SOLICITUD (CFWB-012)

Asegúrese de completar todas las secciones, incluido lo siguiente:

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

2. RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Copia de uno de los siguientes documentos:

- arjeta de identificación de la ciudad de Nueva York (NYC Identification Card, IDNYC)
 Carta de adjudicación de la Sección 8 Licencia de conducir CFWB-067 Residency Attestation
 Certificado de la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Housing Authority, NYCHA)
 Recibo de alquiler Otro _____

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

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

Copia de uno de los siguientes documentos:

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

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

4. RELACIÓN DEL MENOR CON EL PADRE/SOLICITANTE

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

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

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 Pasaporte
 Registro de bautismo Tarjeta de registro de extranjero

6. INGRESOS

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

Si tiene un empleo:

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

O

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

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

Si es un trabajador independiente:

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

Otros ingresos:

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

7. MOTIVOS DEL CUIDADO INFANTIL

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

a. Trabajando un mínimo de 10 horas por semana ganando al menos el salario mínimo:

- Véase más arriba bajo ingresos para los documentos requeridos con respecto al Empleo y/o Trabajo por cuenta propia.

b. Actividad educativa/vocacional:

Escuela vocacional, Universidad de 2 años o Universidad de 4 años (una de las siguientes)

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

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

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

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

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

e. Referencia de violencia doméstica (del proveedor de servicios de violencia doméstica):

- Referencia para servicios en respuesta a la violencia doméstica

f. Referencia del Programa de Tratamiento de Abuso de Sustancias
(del proveedor de servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias):

- Referencia para servicios para tratar el abuso de sustancias

Visite <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud. Para obtener más información, llame al 311 or 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 enviar su solicitud

Complete la Solicitud de asistencia para el cuidado de niños (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 enviarla.

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 Cuidado de niños de la Administración de Servicios para Niños (ACS), al 212-835-7610.



MEMORANDO

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

Ref.: Estado inmigratorio

66 John Street/8th Floor
New York, New York 10038

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov
www.nyc.gov/acs

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

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

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



Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

SÍ Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

NO, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

Escriba su nombre en letra de molde

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

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

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

Rev. 05/04/2021

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes

Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es NO , no complete este formulario.		2	A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		3	B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende 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 dirá "pendiente" y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		4	For Board Use Only		
	Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.											
3	Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Sufijo					
4	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)				N.º de apto.		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código Postal		Condado	
5	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)				P.O. Box, Star Route, etc.		Oficina de correos		Código postal			
6	Fecha de nacimiento		7	Sexo (opcional)		8	Teléfono (opcional)		Correo electrónico (opcional)			
10	Año en que votó por última vez		Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)					9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)			
	En el condado/estado		Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)						<input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York _____ <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York			
11	Partido político						12	Declaración jurada: Juro o declaro que:				
	Deseo afiliarme a un partido político <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente <input type="checkbox"/> Ningún partido							<ul style="list-style-type: none"> 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; cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York; la firma o la marca que aparece 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. 				
						Firma o marca en tinta _____ / _____ / _____						Fecha

(Opcional) Inscríbase para donar sus órganos y tejidos

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Dirección		
N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies _____ pulgadas	
Correo electrónico	Número del DMV o de id. de NYC	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- 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);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov.

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

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 Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad 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 y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

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

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "?". Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: marque únicamente una casilla. 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.