



Si necesita esta aplicación en español dígame a la recepcionista. Las solicitudes se procesan dentro de 15 días después de recibir el formulario lleno y la verificación que se requiere. Responda todas las preguntas completamente usando un bolígrafo azul o negro. Use letra de imprenta legible.

SECCIÓN I. Información del participante

Su nombre		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Dirección física, N.º y calle		Dirección postal, casilla de correos			
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono particular	Teléfono celular	Idioma de preferencia			

¿Por qué necesita cuidado infantil? Trabaja Asiste a la escuela Experiencia laboral Programa de capacitación

SECCIÓN II. Verificaciones

¿Alguna vez ha recibido ayuda para cuidado infantil en Nuevo México?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?
¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un nombre diferente?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Qué nombres usó?

SECCIÓN III. Indique las personas que viven en su hogar, inclúyase usted mismo, los miembros adultos, todos los niños menores de 18 años de quienes usted es responsable.

Integrantes del grupo familiar:	Raza (consulte la tabla a continuación)	Origen étnico (consulte la tabla a continuación)	(Opcional) Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo M/F	Relación con usted	¿Ambos padres viven con el niño? Sí/No
Su nombre							
Niño o adulto							
Niño o adulto							
Niño o adulto							
Niño o adulto							
Niño o adulto							
Niño o adulto							
Niño o adulto							

<p>Tipos y códigos de razas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Indioamericano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai/isla del Pacífico Blanco Otro _____ 	<p>Tipos y códigos de origen étnico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Árabe Chino Cubano Filipino Hispano Indio (de la India) Japonés Otro _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN IV. Ingreso de inversiones e información de empleo

Recibe algo de lo siguiente:			Nombre de la persona que trabaja	Nombre, dirección y número de teléfono de empleador
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o ayuda del	SÍ	NO		
Manutención infantil	SÍ	NO		
Efectivo, regalos, otro	SÍ	NO		
Beneficios del Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro	SÍ	NO		
Beneficios del seguro de desempleo	SÍ	NO		
Vales canjeables por alimentos	SÍ	NO		
Vale para vivienda (HUD)	SÍ	NO		

SECCIÓN. Sus derechos y deberes

Por favor: (1) lea cada sección atentamente; (2) asegúrese de comprender cada enunciado; (3) pida que le aclaren cualquier pregunta; y (4) coloque su firma y fecha al final de la página.

ACUERDO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Acepto proporcionar la información necesaria a fin de determinar la idoneidad para recibir beneficios para mí y otras personas en nombre de las cuales presento esta solicitud. **Comprendo que para recibir beneficios no se requiere mi número de Seguro Social.** Comprendo que debo proporcionar los documentos para probar mi idoneidad y acepto hacerlo. Doy mi permiso para que el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Nuevo México (CYFD, por sus siglas en inglés) se comunique con personas u organismos a fin de obtener la información requerida que no puedo entregar o comprobar. Comprendo que toda la información entregada a CYFD es confidencial y está restringida a los empleados de CYFD que la necesitan para la administración de los programas que he solicitado. Asimismo, comprendo que esta información se usará solamente para fines de establecer la idoneidad, cantidad de beneficios o para prestar servicios. También comprendo que esta información confidencial se puede divulgar a otros organismos que participan en la administración de programas que reciben financiamiento federal para proporcionar beneficios de ingresos suplementarios.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Comprendo que la información que he proporcionado en esta solicitud y toda la información que proporcione en el futuro se utilizará con el fin de determinar mi idoneidad para recibir ayuda. Comprendo que soy responsable de informar de todos los cambios en mi situación, tales como los cambios en mis ingresos, situación de empleo, residencia, personas que viven conmigo, arreglos de cuidado infantil y horario escolar a mi trabajador dentro de (14) catorce días calendario desde la fecha del cambio.

RESPONSABILIDAD DEL COPAGO

Comprendo que el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Nuevo México pagará total o parcialmente en mi nombre el cuidado de mi(s) hijo(s) mencionados en este documento, a la tarifa aprobada de CYFD, sujeto a los reglamentos federales correspondientes y los reglamentos establecidos por el departamento. Comprendo que debo pagar a mi proveedor el copago requerido según lo establecido en el Acuerdo de colocación en cuidado infantil por el cuidado infantil provisto, así como también el impuesto sobre los ingresos brutos, si el proveedor decide cobrarme a mí.

VERIFICACIÓN

Certifico que a mí entender la información que proporciono es verdadera y exacta. Comprendo que un representante de CYFD puede llamarme o visitar mi casa, y puede comunicarse con otras personas a fin de verificar mi idoneidad para recibir beneficios. También comprendo que la información que proporcione estará sujeta a verificación por parte de funcionarios locales, federales o estatales, a través de la asociación cruzada con otros organismos, y del Sistema de Verificación de Ingresos e Idoneidad del estado. Comprendo que si se determina que lo que he informado es incorrecto, se puede rechazar o poner término a mis beneficios de cuidado infantil y podría estar sujeto a acciones penales por proporcionar a sabiendas información incorrecta.

MULTAS POR FRAUDE

Comprendo que estaré sujeto a acciones penales por fraude si a sabiendas proporciono información falsa, incorrecta o incompleta a fin de obtener, intentar obtener, o ayudar a alguien más a obtener o a intentar obtener ayuda para cuidado infantil. **Comprendo que no proporcionar el número del Seguro Social o proporcionar un número falso no constituye fraude para fines de la ayuda para cuidado infantil.** Además comprendo que deberé pagar los beneficios que reciba y que no correspondan.

AUDIENCIAS JUSTAS

Comprendo que yo, o mi representante, podemos solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada respecto de asuntos relacionados con mi caso, y que la solicitud para dicha audiencia justa se debe hacer por escrito dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el departamento tomara las medidas que afectaron mis beneficios. Comprendo que tengo derecho a examinar, antes de la audiencia, el registro y los documentos del caso que se usaron en la determinación de la medida que deseo apelar. Si elijo continuar recibiendo beneficios mientras está pendiente el resultado de la audiencia justa, me pueden exigir devolver este dinero si la decisión no me favorece, a menos que el funcionario de audiencias o el director de la división autoricen lo contrario.

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS CIVILES

Comprendo que es ilegal discriminar en contra de cualquier solicitante o receptor de cualquier programa administrado por CYFD debido a su raza, color, sexo, edad, credo religioso, país de procedencia, discapacidad o creencias políticas. Las quejas por discriminación se pueden presentar ante la oficina central de la CYFD, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o la Comisión de Derechos Civiles en Washington, D.C.

Comprendo que mi firma a continuación confirma que he leído toda la sección de "Derechos y deberes" y que comprendo mis derechos y deberes como cliente.

Firma: _____ Fecha _____

SECCIÓN VI. Sólo para uso interno

La solicitud de cuidado infantil es un: Ingreso <input type="checkbox"/> Renovación de certificación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	Promedio mensual total por empleo independiente Ingreso bruto – gastos totales = ingreso neto	Ingreso total \$ _____
Comentarios:		
Firma del asistente social _____ Fecha _____	La solicitud de cuidado infantil está: Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> _____	