

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA CUIDADO INFANTIL

NUEVA

DSS del Condado de Suffolk
FCSA \ Cuidado Infantil

RECERTIFICACIÓN

Solicitante: Escriba EN LETRA DE IMPRENTA (si lo completa en línea) con tinta azul o negra

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA	Nombre del caso:	Número del caso:	Registro N°:	Oficina:	Unidad N°:	Trabajador N°:	Solicitud Fecha:
---	------------------	------------------	--------------	----------	------------	----------------	------------------

Sección 1 Solicitante	Apellido (incluya cualquier alias o nombre de soltera entre paréntesis):			Nombre:			Inicial del segundo nombre:
	Dirección de residencia:			Apt. N°:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Dirección Postal (si es diferente a la anterior):			Apt. N°:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Número de teléfono (con código de área):		Número de celular/Otro teléfono (con código de área):		Número de trabajo (con código de área):		
	¿Cuál es tu estado civil? Soltero Casado Divorciado Separado			¿Cuál es su idioma principal? Inglés Español Otro, especifique:			

Complete la siguiente información para todos los integrantes de su hogar. Comience con usted y siga con cada una de las personas que vive con usted. Para miembros de su familia adicionales, adjunte una hoja separada. Incluya información sobre cualquier cónyuge/otro padre/madre de los niños que solicitan cuidado infantil que viva en la casa.

Sección 2 Familia y Otros miembros del hogar	APELLIDO (incluya nombres de soltera o alias entre paréntesis)	NOMBRE	Inicial del segundo nombre	Relación	¿Esta persona necesita cuidado infantil? Sí(S) / No(N)	¿Ambos padres del niño residen en el hogar? Sí(S) / No(N)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Sexo M/F	Hispano o latino Sí (S)/ No (N)	Raza (Consulte el código abajo)	Número de Seguro Social (Opcional)
	1.			PROPIO	No corresponde	No corresponde					
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										
	9.										
10.											

Código de raza: I - Nativo americano o nativo de Alaska, A - Asiático, N - Afroamericano/negro, P - Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico, B - Caucásico/blanco

¿Está embarazada? Si No En caso afirmativo, indique la fecha probable de parto:

Enumere a continuación los nombres de todas las personas menores de 21 años que viven con usted cuyo padre no vive en su hogar y provea la información solicitada.

Sección 3 Padre/madre ausente(s)	Nombre de la persona menor de 21 años	Nombre y dirección del padre/madre ausente	¿El padre/madre ausente puede brindar cuidado infantil? En caso negativo, ¿por qué?

Sección 4 Niño/Familia Necesidades	¿Está trabajando actualmente? Sí No En caso negativo, ¿por qué necesita el cuidado infantil?	¿Tiene el niño para el que está solicitando los servicios de cuidado infantil algún problema de salud que requiere ayuda o atención especial? Sí No En caso afirmativo, explique:

Sección 5 Empleo	Nombre del empleador del solicitante :	Teléfono del trabajo:		
	Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Fecha de inicio del empleo:	Horas por semana:	Paga:	Paga en bruto:
	¿Este empleo incluye turnos rotativos? Sí No	¿Se le exige que trabaje horas extras? Sí No		
	Enumere los días y horarios preestablecidos de empleo (por ej., de lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.)			
	Nombre del cónyuge del empleador /del otro padre/madre :	Teléfono del trabajo:		
	Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Fecha de inicio del empleo:	Horas por semana:	Paga:	Paga en bruto:
	¿Este empleo incluye turnos rotativos? Sí No	¿Se le exige que trabaje horas extras? Si No		
	Enumere los días y horarios preestablecidos de empleo (por ej., de lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.)			

Por favor complete la información de ingresos sobre usted mismo Y sobre las personas que presentan la solicitud con usted. (Esto incluye a los niños que necesitan cuidado, sus padres, padrastros y cualquier otro niño menor de 21 años en su hogar). Lea las instrucciones para conocer los requisitos de la documentación.

Sección 6 Responda todas las preguntas Ingresos	Indique si usted o alguna de las personas que presentan la solicitud con	SÍ	NO	Usted mismo / solicitante	Segunda persona	¿Cuál es el importe bruto?	Periodo (semanal, cada dos semanas, mensual, etc.)	
	Empleo/Tra bajo por curmta propia, incluid as las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas y otros conceptos incluidos en la Sección 5.							
	Pagos de manutención infantil (recibidos)							
	Pagos de pensión alimenticia (recibidos)							
	Beneficios del Seguro de Desempleo							
	Beneficios de Hawái (incluido SSI)							
	Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)							
	Ingresos de Alquiler/Pensionistas/Inquilinos (recibidos)							
	Otro, especifique:							

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR CERTIFICANDO SU ACEPTACIÓN

SANCIONES: Su solicitud puede ser investigada. Al firmar el presente acuerdo, usted acepta cooperar con dicha investigación. **Las leyes federales y estatales prevén penas en forma de multa, prisión o ambas si no dice la verdad al solicitar Servicios de 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 los Servicios de 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 los Servicios de Cuidado Infantil; y tales Servicios de Cuidado Infantil deben utilizarse por la otra persona y no para usted mismo. Es ilegal obtener Servicios de Cuidado Infantil por ocultar información o proporcionar información falsa.

CAMBIOS: Acuerdo informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, bienes, organización o dirección de la vivienda, a mi leal saber y entender. Acuerdo informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en la organización del cuidado infantil, incluidos el lugar donde se presta dicho servicio, la persona que lo presta, la tarifa del proveedor y los días/horarios en los que se necesita el cuidado infantil. Acuerdo informar inmediatamente a la agencia sobre cualquier otro cambio que pueda afectar mi elegibilidad continua o el monto de mi beneficio.

CONSENTIMIENTO: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, **acepto cualquier investigación que realice el Departamento de Servicios Sociales** a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación que realice en relación con mi solicitud de Servicios de Cuidado Infantil. **Si se solicita información adicional, la proporcionaré.**

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN: La presente solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, discapacidad, religión, credo, nacionalidad o creencias políticas.

NYS Agency-Based Voter Registration Form



"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete VOTER REGISTRATION APPLICATION at bottom of page)

NO because I choose not to register OR

I am already registered at my current address OR

I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/_____/_____
(Signature) (Date)

(Please Print Name)

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (07/2012)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U. S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		For Board use only!
	If you answered NO, do not complete this form.			If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.		
3	Last Name	First Name	Middle Initial	Suffix		
4	Address where you live (do not give P.O. address)		Apt. No.	City/Town/Village	Zip Code	County
5	Address where you get your mail (if different from above)		P.O. Box, star route, etc.	Post Office	Zip Code	
6	Date of Birth	7 Sex (circle) M F	8 Home Tel. Number (optional)	9	ID Number—Check the applicable box and provide your number: <input type="checkbox"/> New York DMV number _____ If you do not have a New York DMV number, please provide: <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security Number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York Driver's license number	
10	The last year you voted				Your Address was (give house number, street and city)	
	In county/state	Under the Name (if different from your name now)				
11	Choose a party -- Check one box only			12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.	
	<input type="checkbox"/> Democratic Party <input type="checkbox"/> Republican Party <input type="checkbox"/> Conservative Party <input type="checkbox"/> Working Families Party <input type="checkbox"/> Independence Party <input type="checkbox"/> Green Party <input type="checkbox"/> Other (write in) _____ <input type="checkbox"/> I do not wish to enroll in a party					

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name _____
 First Name _____
 Middle Initial _____ Suffix _____
 Address _____
 Apt Number _____ Zip Code _____
 City _____
 Birth Date _____ Sex M F
 Eye Color _____ Height _____ Ft. _____ In.

By signing below, you certify that you are:

- 18 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to DOH for enrollment in the Registry;
- And authorizing DOH to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and hospitals upon your death.



Sign

Date

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

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

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the **DMV number (driver's license number or non-driver ID number)**, or the **last four digits of your social security number**, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, pay-check, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to *Verifying your identity* above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. To vote in a primary election, you must be enrolled in one of these listed parties — Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to participate in certain primary elections.