ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

ATENCIÓN: Esta solicitud se usa para solicitar SOLO Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 2 ó 3 Si desea solicitar Asistencia Pública u otros beneficios, incluyendo la Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 1, debe usar la *Solicitud común en todo el estado* (LDSS-2921).

NOMBRE DEL CASO	CASO N.°	REGISTRO N.°	OFICINA	UNIDAD	TRABAJADOR	FECHA DE LA CITA
						/ /

DISTRITO	CASO TIPO: 40	Tipo de transacción de servicios: ☐Nueva apertura ☐Reapertura ☐Recertificación	Disposición: ☐Denegación Código del motivo				☐ Retiro

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO (incluya cualquier ALIAS o NOMBRE DE SOLTERA entre paréntesis):		TELÉFONO NÚMERO	
DIRECCIÓN		N.° DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN ANTERIOR)		N.° DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN ANTERIOR				OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO EN DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR	

¿Cuál es su estado civil? ☐ **Soltero/a** ☐ **Casado/a** ☐ **Divorciado/a** ☐ **Separado/a** ☐ **Viudo/a**

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? ☐ **Inglés** ☐ **Español** ☐ **Otro (especifique)**

SECCIÓN 2. ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO SEAN SOLICITANTES. PONGA SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA DE LA LISTA.

Línea	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido (Incluya cualquier ALIAS o NOMBRE DE SOLTERA. entre paréntesis)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	SEXO M/F	RELACIÓN CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) *Opcional*	Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si es o no es de origen hispano o latino: H	Escriba S (Sí) o N (No) para cada raza*: I	A	B	P	W	PARA CADA NIÑO, Escriba S (Sí) o N (No): ¿Es el hijo ciudadano de EE. UU.?	¿Necesita el niño cuidado infantil?	¿Tiene el niño una disca-pacidad?	¿Viven ambos padres en el hogar?
1						USTED								N/A	N/A	N/A	N/A
2																	y
3																	
4																	n
5																	
6																	
7																	
8																	

*** Códigos de afiliación racial: I: nativo americano o nativo de Alaska, A: asiático, B: negro o afroamericano, P: nativo de Hawái u otra isla del pacífico, W: blanco**

Puede usar la parte de atrás de la solicitud o páginas adicionales si necesita más espacio o desea incluir información que piensa que puede ser útil.

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL HOGAR

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES SE APLICA A USTED? Para cada uno de los siguientes incisos escriba SÍ o NO:		
	☐ SÍ ☐ NO	Necesita cuidado infantil para poder **trabajar**.
	☐ SÍ ☐ NO	Necesita cuidado infantil por **otra razón.** Indique la razón:
	☐ SÍ ☐ NO	**Sin casa o desamparado** (no tiene un lugar fijo, regular y adecuado para pasar la noche).
	☐ SÍ ☐ NO	Uno de los padres del hogar está en servicio de tiempo completo en el **Ejército de EE. UU.**
	☐ SÍ ☐ NO	Uno de los padres es miembro de la **Guardia Nacional** o de una **unidad de Reserva Militar**.
	☐ SÍ ☐ NO	Reciben o solicitaron **Asistencia Pública** por medio de una solicitud diferente.
	☐ SÍ ☐ NO	Reciben o solicitaron **otro financiamiento de cuidado infantil**. Nombre de la agencia:
	☐ SÍ ☐ NO	Está **embarazada**. ¿Fecha probable de parto?

SECCIÓN 4. ENUMERE A LOS MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD CUYOS PADRES NO VIVEN EN EL HOGAR.

NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE AUSENTE	Fecha de nacimiento del padre ausente (*opcional*)	Número de Seguro Social del padre ausente (*opcional*)

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL SOLICITANTE		TELÉFONO DEL TRABAJO	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
No.. de HORAS POR SEMANA:	INGRESOS BRUTOS: $	Frecuencia de pago? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ otra (especifique)	
¿Tiene el trabajo turnos rotativos o variables? ☐ SÍ ☐ NO		¿El trabajo requiere horas extras, O/T? ☐ SÍ ☐ NO	
Días programados y horas trabajadas (por ejemplo, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.):			

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DE OTRO EMPLEO *Use esta sección para un segundo empleo de un solicitante o para el empleo de un cónyuge o el otro padre.*

¿Información del empleo de quién?: ☐ Trabajo del solicitante O ☐ Trabajo del cónyuge/otro padre

NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DEL TRABAJO	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
No. de HORAS POR SEMANA:	INGRESOS BRUTOS: $	¿Frecuencia de pago? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra (especifique)	
¿Tiene el trabajo turnos rotativos o variables? ☐ SÍ ☐ NO		¿El trabajo requiere horas extras? ☐ SÍ ☐ NO	
Días programados y horas trabajadas (por ejemplo, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.):			

Puede usar la parte de atrás de la solicitud o páginas adicionales si necesita más espacio o desea incluir información que piensa que puede ser útil.

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Indique si usted o alguna de las personas que presenten la solicitud con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)
Sueldos/salario, incluidas las horas extras, las comisiones, los programas de capacitación, las propinas								
Trabajador por cuenta propia								
Pagos de manutención infantil (recibidos)								
Pagos de pensión alimenticia/apoyo conyugal (recibidos)								
Beneficios del Seguro de Desempleo								
Beneficios del Seguro Social (incluido SSI)								
Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)								
Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)								
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros								
Pensiones o renta vitalicia								
Subvención de Asistencia pública (PA)								
Otro (especifique)								

		CTIVIDAD APROBADA		
DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO	**¿Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo/actividad?**	**¿Transporte público?**	**SÍ**	**NO**
RECOGIDA	**¿Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad a la ubicación del proveedor de cuidado infantil?**	**¿Transporte público?**	**SÍ**	**NO**

SECCIÓN 9. AVISOS. LEA LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICACIONES IMPORTANTES.

SANCIONES: Las leyes federales y estatales prevén penas 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 la 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 alguien más, la Asistencia para Cuidado Infantil debe utilizarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener Asistencia para Cuidado Infantil por ocultar información o proporcionar información falsa.

CIUDADANÍA: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud certifico, bajo pena de falso testimonio, que todos los niños que necesitan Asistencia para Cuidado Infantil son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o son personas que tienen estado inmigratorio satisfactorio. Entiendo que la información sobre estos niños puede ser presentada ante el Servicio de Inmigración y Naturalización para la verificación del estado inmigratorio, si corresponde. También entiendo que el uso o la divulgación de información sobre estos niños se limita a las 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.

INFORME DE CAMBIOS: Entiendo que al firmar esta solicitud acuerdo informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, arreglo de vivienda o dirección, 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 horarios en los que se necesita el cuidado infantil.

CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, acepto colaborar plenamente 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. Proporcionaré la información adicional que me soliciten.

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

RECURSOS: Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a $1,000,000 y que los ingresos de mi familia no exceden del 85 por ciento de los ingresos medios del estado para una familia del mismo tamaño.

SECCIÓN 10. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

CERTIFICACIÓN: Juro y/o afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado o que proporcionaré al Departamento de Servicios Sociales local en relación con la Asistencia para Cuidado Infantil es correcta. Leí y entiendo los avisos anteriores. Entiendo y estoy de acuerdo con los consentimientos.

FIRMADEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL SEGUNDO SOLICITANTE	FECHA DE LA FIRMA
X		X	
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:		NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:	

ENVIAR SU SOLICITUD A: EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) LOCAL DEL CONDADO EN EL QUE VIVE.	Suffolk County Department of Social Services FCSA Child Care Unit POB 18100 Hauppauge NY 11788-8100

SECCIÓN 11. SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR MI SOLICITUD DE SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL. Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud en cualquier momento. FIRMA X_____	FECHA DE LA FIRMA

FOR AGENCY USE ONLY:

CASE NAME	CASE #	REGISTRY #	VERSION #	RE-USE INDICATOR	DISTRICT: CASE TYPE: 40	DATE

SERVICES TRANS TYPE: ☐ New Open ☐ Reopen ☐ Recert	Disposition:	☐ Denial	Reason Code				☐ Withdrawal

ELIGIBILITY DETERMINED BY	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY	DATE

CHILD CARE AUTHORIZATION FROM DATE	CHILD CARE AUTHORIZATION TO DATE	COMMENTS:

L1 CIN:	L4 CIN:	L7 CIN:
L2 CIN:	L5 CIN:	L8 CIN:
L3 CIN:	L6 CIN:	L9 CIN:

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

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

☐ **SÍ** (Si marcó Sí, llene la solicitud de REGISTRO DE VOTANTE al final de la página)

☐ NO porque opté por no registrarme O

☐ Ya estoy registrado 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 ayuda que le dará esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar 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

SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE (instrucciones al reverso)

NVRA-05 (07/2012)

☐ Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación para el trabajador ☐ Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

Escriba en computadora o a mano con letra molde utilizando tinta azul o negra

1	¿Es ciudadano/a de EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es NO, no llene este formulario	**2**	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de las elecciones o antes? Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.	**For Board use only!**
3	Apellido / Primer nombre / Inicial del segundo nombre / Sufijo			
4	Dirección de domicilio (no proporcione una dirección de código postal) / Apt. No. / Ciudad/Pueblo/Villa / Código postal / Condado			
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior) / P.O. Box, Star Route, etc. / Oficina de correo / Código postal			
6	Fecha de nacimiento	**7**	Sexo (encierre en un círculo) M F	**8** Número de teléfono de casa (opcional)
9	Número de identificación: marque la casilla que corresponda y escriba su número: ☐ Número del DMV de New York ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Si no tiene un número del DMV del estado de Nueva York, proporcione: ☐ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social ___ ___ ___ ___ ☐ No tengo un número de licencia de conducir del estado de Nueva York			
10	Año en que votó por última vez / Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) En el condado/estado / Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)			
11	**Seleccione un partido**: marque solo una casilla. ☐ Partido Democrático ☐ Partido Republicano ☐ Partido Conservador ☐ Partido de Familias Trabajadoras ☐ Partido de la Independencia ☐ Partido Verde ☐ Otro (escriba) _____ ☐ No deseo inscribirme en ningún partido	**12**	**DECLARACIÓN JURADA:** Yo juro o afirmo que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré vivido en el condado, ciudad o pueblo por lo menos 30 días antes de la elección. • Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York. • La firma o marca que aparece en la línea de abajo es mía. • La información anterior es verdadera, y comprendo que en caso de que no sea verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta $5,000 y/o encarcelado hasta por cuatro años. → _____ (Firma o seña en tinta) (Fecha)	

(Opcional) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos

Apellido_____

Primer nombre_____

Inicial del segundo nombre _____ Sufijo_____

Dirección _____

N.° de apto._____ Código postal _____

Ciudad _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ M ☐ F

Color de los ojos_____ Estatura___Pies_ Pulg.

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Es mayor de 18 años de edad
- Otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información de identificación al DOH para inscribirse en el Registro;
- Y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a hospitales en caso de que usted fallezca.

_____

Firma Fecha

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- registrarse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse debe:

- ser ciudadano de EE. UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o
- de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de una elección;
- no debe estar en prisión ni en libertad condicional por haber cometido un delito grave; y no debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a su negación para registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse o al presentar su solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, debe presentar una queja ante:

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 votante. Ninguna persona que no elija registrarse para votar y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizará exclusivamente para los fines del registro de votante.

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 mediante los **cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social**, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o 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 y domicilio. 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 llenar este formulario:

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

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte *Verificación de identidad* más arriba.

Casilla 10: Si nunca ha votado, escriba “None”. Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba “Same”.

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado a uno de éstos partidos listados, excepto el Partido independiente, el cual permite que los votantes no inscritos participen en ciertas elecciones primarias.