



Devuelva a:
Child Care Connection
1001 Spruce Street, Suite 201
Trenton, NJ 08638
609-989-7889

SOLICITUD DE MERCER COUNTY PROGRAMA DE BONO DEL CUIDADO DEL NIÑO

PARTE A: INFORMACIÓN CANDIDATO/CO-CANDIDATO INFORMATION:

1. PADRE/NOMBRE DEL CANDIDATO:

Número de Seguridad Social (opcional)

_____ (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (2o nombre) _____ (9 dígitos)

Relación del candidato al niño(s): ☐ Padre ☐ Madre ☐ Adulto responsable legalmente (incluya prueba de custodia legal o guardían)

2. PADRE/NOMBRE DEL CANDIDATO:

Número de Seguro Social (opcional)

_____ (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (2o nombre) _____ (9 dígitos)

Relación del candidato al niño(s): ☐ Padre ☐ Madre ☐ Adulto responsable legalmente (incluya prueba de custodia legal o guardían)

3. DIRECCIÓN DE CASA:

4. TELÉFONO DE CASA: (____) _____ - _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____ - _____

5. # DE ADULTOS EN LA FAMILIA: _____ # DE NIÑOS DEPENDIENTES EN LA FAMILIA: _____

DE PERSONAS EN LA FAMILIA: _____

(Número en la familia incluye padre, esposa, niños dependientes, adultos declarados en el IRS 1040 del candidato o co-candidato.)

PARTE B: INFORMACIÓN DEL SUELDO DE LA FAMILIA:

Todas fuentes de sueldo tienen que estar incluídas y documentadas. Sueldo/Salario tiene que estar documentado por **4 SEMANAS DE ORIGINALES, ACTUALES, Y CONSECUTIVOS TALONES DEL CHEQUE DE PAGO** por los candidatos y co-candidatos. Otras fuentes de salario/sueldo tienen que estar apoyadas por documentación.

	Padre/Candidato				Padre/Co-Candidato			
	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	Anual	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	Anual
Sueldo y salario (brutos)								
Pensión Retiro Suplemental/ Seguro Social								
Desempleo Indemnización de obrero								
Ayuda Pública (TANF) Caso #:								
Subsidio familiar por hijos Alimentos								
Otro: (Especifique por favor)								
Sueldo bruto total:								

PART C: INFORMACIÓN DE TRABAJO/ESCUELA/ENTRENIMIENTO:*Un horario actual y certificado, tiene que estar atado como prueba de escuela o formación.*

	Padre/Candidato	Padre/Co-Candidato
Nombre de <u>Primario</u>: (chequee uno) ☐ Empleado ☐ Escuela ☐ Programa de formación	_____ Fecha del comienzo: ____/____/____ ☐ TIEMPO COMPLETO # horas/semana: ____ ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ TEMPORAL # Meses/año: ____	_____ Fecha del comienzo: ____/____/____ ☐ TIEMPO COMPLETO # horas/semana: ____ ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ TEMPORAL # Meses/año: ____
Dirección (incluya calle, ciudad, estado, código postal)		
Teléfono al trabajo	(____) _____ - _____ ext. ____	(____) _____ - _____ ext. ____

	Padre/Candidato	Padre/Co-Candidato
Nombre de <u>Secundario</u>: (chequee uno) ☐ Empleado ☐ Escuela ☐ Programa de formación	_____ Fecha del comienzo: ____/____/____ ☐ TIEMPO COMPLETO # horas/semana: ____ ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ TEMPORAL # Meses/año: ____	_____ Fecha del comienzo: ____/____/____ ☐ TIEMPO COMPLETO # horas/semana: ____ ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ TEMPORAL # Meses/año: ____
Dirección (incluya calle, ciudad, estado, código postal)		
Teléfono al trabajo	(____) _____ - _____ ext. ____	(____) _____ - _____ ext. ____

PARTE D: NIÑOS:

Favor de proveer información para todos los niños dependientes incluidos en el total de miembros familiares. Tiene que **atar una copia del certificado del nacimiento para cada niño nombrado.**

Nombre del niño			Fecha del nacimiento	Número de Seguridad Social	Tipo de cuidado necesario (chequee todos ampliables)
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre (inicial)			
#1 ☐ chico ☐ chica _____	 _____	 ____	 ___/___/___ Edad: ____		☐ Tiempo Completo ☐ Antes escuela ☐ Despúes escuela ☐ Acampamento veranal ☐ NINGUNO
#2 ☐ chico ☐ chica _____	 _____	 ____	 ___/___/___ Edad: ____		☐ Tiempo Completo ☐ Antes escuela ☐ Despúes escuela ☐ Acampamento veranal ☐ NINGUNO
#3 ☐ chico ☐ chica _____	 _____	 ____	 ___/___/___ Edad: ____		☐ Tiempo Completo ☐ Antes escuela ☐ Despúes escuela ☐ Acampamento veranal ☐ NINGUNO
#4 ☐ chico ☐ chica _____	 _____	 ____	 ___/___/___ Edad: ____		☐ Tiempo Completo ☐ Antes escuela ☐ Despúes escuela ☐ Acampamento veranal ☐ NINGUNO
#5 ☐ chico ☐ chica _____	 _____	 ____	 ___/___/___ Edad: ____		☐ Tiempo Completo ☐ Antes escuela ☐ Despúes escuela ☐ Acampamento veranal ☐ NINGUNO

PARTE E: CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN:

Yo (nosotros) aquí certifico (certificamos) que mi (nuestra) familia no recibe cuidado del niño subvencionado por el estado por o New Jersey Cares for Kids (NJCK), Work First New Jersey (WFNJ), Abbott Wrap-Around, o Center Based Contract (CBC Slot).

Yo (nosotros) aquí certifico (certificamos) que toda de la información proveído es cierta y correcta y autorizo (autorizamos) Child Care Connection a verificar cualquier de la información.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que la información es dada en conexión con fondos del municipio y autorizo (autorizamos) oficiales del municipio a verificar esta información.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que falsas declaraciones deliberadas resultarán en la denegación de mi (nuestra) solicitud y puede resultar en acción legal.

Yo (nosotros) comprendemos que familias aprobadas recibirán fondos por solamente un año (*proveiendo* los fondos continúan a ser disponibles y que no hay cambios en circunstancias familiares que le causarán la familia a llegar a ser inelegible para la subvención).

Firma del Padre/Candidato

Fecha

Firma del Padre/Co-Candidato

Fecha

.....
RECUERDA A:

➤ Escribir claramente y contestar todas las preguntas

➤ Firmar y fechar la solicitud

➤ Sumitir todos los atados como requerido.

☐ 4 semanas de talones de cheques de pago **originales, actuales, y consecutivos**

☐ Horario de clase actual y certificado como prueba de escuela o formación (si aplicable)

☐ Copia del certificado de nacimiento para todos los niños dependientes

☐ Copia del más reciente Formulario Federal de Impuestos 1040 (primera página solamente)

☐ Copia completa del más reciente Formulario Federal de Impuestos 1040 Y Horario C (si auto-empleado)

☐ Copia de prueba de custodia legal o custodio (si aplicable)

.....
USO OFICIAL SOLAMENTE:

Número (tamaño) de la familia : _____ Anual sueldo familiar calculado: \$ _____

Chequee uno: ☐ Aprobado Período de elegibilidad: DE: ____/____/____ HASTA ____/____/____

☐ Negado

Certificado por: _____
Firma del Equipo Autorizado de Child Care Connection

Fecha