



DEPARTAMENTO DE NIÑOS, JOVENES Y FAMILIAS DEL ESTADO DE NUEVO MEXICO
SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

Fecha: (Mes/Dia/Año) _____

SECCION I - Información del Participante

Su Nombre: (Primer Nombre, Inicial, Apellido)		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Dirección Física <i>Linea 1</i> <i>Linea 2</i> <i>Ciudad, Estado Codigo Postal</i>		Dirección de Correo <i>Linea 1</i> <i>Linea 2</i> <i>Ciudad, Estado, Codigo Postal</i>	
Teléfono Primario:	Teléfono Secundario:	Preferencia de Idioma:	Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Correo Electronico:		¿Está usted o su cónyuge actualmente en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Servicio Activo <input type="checkbox"/> Sí, Guardia/Reserva	
¿En qué actividades participan los miembros de su hogar? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> TANF- Actividad Aprobada <input type="checkbox"/> Programa de Entrenamiento			

SECCION II - Verificación

¿Alguna vez ha recibido asistencia de cuidado de niños en Nuevo Mexico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Donde?
¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un nombre diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bajo que nombre/s?

SECCION III - Lista de personas que viven en el hogar, incluyendo a usted mismo, adultos, niños menores de 18 años por los cuales usted es responsable.

Miembros del Hogar	Raza*	Hispano? Si/No	Numero de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año	Género M/F	Relación con Usted	Tiene el Niño alguna Discapacidad? Si/No

*Tipos de Raza: * 1. Indio Nativo o Nativo Americano de Alaska 2. Asiático 3. Afroamericano 4. Nativo de Hawaii o del Pacifico 5. Blanco 6. Otro (Por favor especifique)*

SECCION IV - Información sobre empleo e ingresos no ganados

¿Su familia posee bienes que exceden \$ 1,000,000 (un millon de dolares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Está recibiendo alguna de las siguientes:					
<input type="checkbox"/> TANF y / o asistencia del gobierno (ej. VISTA, AmeriCorp, etc.)	<input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos / SNAP	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Efectivo / Regalos / Otros	<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios de Compensación de desempleo

Requisitos de Trabajo/Educación - Trabajo (T), Educación (E)

Nombre	Actividad	Empleador o Instituto de Educación (Nombre, Dirección, numero de teléfono)

SECCION V - Sus derechos y responsabilidades

Por favor: (1) lea cada sección detenidamente; (2) asegurarse de que entiende cada declaración; (3) Si tiene dudas por favor pida aclaración; y (4) Por favor de firmar y fechar en la parte de abajo de la pagina.

ACUERDO DE PROVISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo en proporcionar la Información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir beneficios para mí y para quienes estoy solicitando. Yo entiendo que mi número de seguro social no se requiere para recibir los beneficios. Yo entiendo que tengo que demostrar mi elegibilidad y estoy de acuerdo en ello. Doy mi permiso al Departamento de niños, Jóvenes y Familias (CYFD) para ponerse en contacto con personas o entidades que tengan conocimiento de mis circunstancias, para obtener la información necesaria, que yo no pueda proporcionar o verificar.

Entiendo que toda la información dada a CYFD es confidencial y está restringido a los empleados de CYFD que lo necesitan para la administración de los programas para los que he solicitado y que esta información será utilizada únicamente con el propósito de establecer la elegibilidad, la cantidad de beneficios, o para prestación de servicios. Además, entiendo que la información confidencial puede ser revelada a otras organizaciones/agencias que participan en la administración de programas de asistencia federal que proporcionan beneficios de ingresos suplementarios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR CAMBIOS

YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD ES LA BASE PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD para asistencia. Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio que afectan la necesidad de cuidado, que incluyen pero no está imitado a, cualquier cambio no temporal en actividad, o miembros de familia que se mudan dentro o fuera del hogar, dentro de cinco (5) días hábiles después de que el cambio ocurre.

RESPONSABILIDAD DE CO-PAGO

Yo entiendo que el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias harán pago o pago parcial en mi nombre para el cuidado del niño(s) nombrado en el presente documento, a la tasa aprobada por CYFD, el cual esta sujeto a las regulaciones federales aplicables, así como las normas y reglamentos establecido por el Departamento. Entiendo que estoy obligado a pagar a mi proveedor el co-pago establecido en el Contrato de Colocación de cuidado de niños, proporcionado así como el impuesto de ingresos netos si el proveedor decide cobrarme directamente.

VERIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que un representante de CYFD puede llamar o visitar mi casa y puede ponerse en contacto con otras personas con el fin de verificar mi elegibilidad para beneficios. También entiendo que la información que proporciono será sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales, a través de la computadora de compatibilidad con otros organismos, como sistema de verificación de Ingresos del Estado y de Elegibilidad. Yo entiendo que si la información que he reportado resulta ser incorrecta, mis beneficios de cuidado infantil pueden ser negados o terminados y yo puedo estar sujeto a un proceso criminal por proporcionar información incorrecta.

SANCCIONES POR FRAUDE

Yo entiendo que voya ser objeto de enjuiciamiento por fraude si a sabiendas proporciono información falsa, incorrecta o incompleta con el fin de obtener, tratar de obtener, o ayudara alguien para que obtenga asistencia de cuidado infantil. Yo entiendo que no proporcionar un número de seguro social o proporcionar números falsos no constituye fraude si es con fines de obtener asistencia de cuidado de niños. Además, entiendo que seré requerido a pagar los beneficios recibidos de manera incorrecta.

AUDIENCIAS JUSTAS

Yo entiendo que yo, o mi representante, puede solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada sobre cualquier aspecto de mi caso y que la petición de una audiencia imparcial debe hacerse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el Departamento tomó medidas que afectan mis beneficios. Yo entiendo que tengo el derecho de examinar, antes de la audiencia, el expediente de mi caso y los documentos utilizados en la determinación. Si elijo continuar recibiendo beneficios en espera del resultado de la audiencia imparcial, se me puede exigir devolver este dinero si la decisión no está en mi favor a menos que el oficial de la audiencia o el Director de la División disponga otra cosa. Para servicios legales gratuitos, contacte a NM Legal Aid (Ayuda Legal de Nuevo México) al numero gratuito 1-833-545-4357.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CIVILES

Entiendo que es ilegal discriminar contra cualquier solicitante beneficiario de cualquier programa administrado por CYFD por motivos de raza, color, sexo, edad, credo religioso, nacionalidad, incapacidad creencias políticas. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central de CYFD, el Departamento de Justicia de EE.UU., o la Comisión de Derechos Civiles en Washington, D.C

Yo entiendo que mi firma abajo verifica que he leído la sección "Derechos y Responsabilidades" completa y que entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente.

Firma: _____

Fecha: _____

SECCION VI - Registro para Votar:

¿SI USTED NO esta registrado para votar en el lugar donde vive ahora, quiere usted registrarse para votar aqui hoy? Sí No (Escoja uno)

Si Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si Ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar NO AFECTARA la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

Firma: _____

Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD: Si Ud. decide registrarse o no, la decisión que Ud. tome permanecerá confidencial. SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON su derecho de registrarse para votar o declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632).

SECTION VII - Para uso de Oficina solamente

Child Care Assistance Application is	Intake <input type="checkbox"/>	Re-Certification <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/> _____	Total Monthly \$
Comments:				
Case Work				Date
Child Care Assistance	Pending <input type="checkbox"/>	Complete <input type="checkbox"/>	Invalid <input type="checkbox"/>	

New Mexico Children, Youth & Families Department
 Early Childhood Services
 Child Care Service Bureau

Child Care Assistance Income Guidelines
 April 2019 through March 2020

Household Size	Annual Poverty Level	100% FPL Monthly	150% FPL Monthly	200% FPL Monthly
2	\$16,910.00	\$1,409.17	\$2,113.75	\$2,818.33
3	\$21,330.00	\$1,777.50	\$2,666.25	\$3,555.00
4	\$25,750.00	\$2,145.83	\$3,218.75	\$4,291.67
5	\$30,170.00	\$2,514.17	\$3,771.25	\$5,028.33
6	\$34,590.00	\$2,882.50	\$4,323.75	\$5,765.00
7	\$39,010.00	\$3,250.83	\$4,876.25	\$6,501.67
8	\$43,430.00	\$3,619.17	\$5,428.75	\$7,238.33
9	\$47,850.00	\$3,987.50	\$5,981.25	\$7,975.00
10	\$52,270.00	\$4,355.83	\$6,533.75	\$8,711.67
11	\$56,690.00	\$4,724.17	\$7,086.25	\$9,448.33
12	\$61,110.00	\$5,092.50	\$7,638.75	\$10,185.00
13	\$65,530.00	\$5,460.83	\$8,191.25	\$10,921.67
14	\$69,950.00	\$5,829.17	\$8,743.75	\$11,658.33
15	\$74,370.00	\$6,197.50	\$9,296.25	\$12,395.00
For Each Additional Family Member add	\$4,420.00	\$368.33	\$552.50	\$736.67

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>