SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA
FORMULARIO SUPLEMENTARIO
ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

CONTESTAR A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

Nombre del padre/solicitante_____
Número de seguro social: __ __ __ __ __ __ __ __
Fecha de nacimiento: __ __/__ __/__ __

COMPLETE PARA CADA MENOR ADICIONAL PARA EL QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO EL SUBSIDIO

4 **Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 4** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___
(Apellido) *(Primer nombre)* *(Inicial)* *(Número de 9 cifras)* *(Mes/Día/Año)*

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el **NIÑO No. 4.***

RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No **SEXO:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Sí ***Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación***_____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento *(a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).* _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (*marque uno)* ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 8 cifras.)*:**KC**_____/____

Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (*elegir uno, escribir y encerrar en un círculo*): $___ Semanal Mensual. Fecha de inscripción: ___ ___/___ ___/___

5 **Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 5** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___
(Apellido) *(Primer nombre)* *(Inicial)* *(Número de 9 cifras)* *(Mes/Día/Año)*

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el **NIÑO Núm. 5**.*

RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No **SEXO:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Sí. ***Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación***_____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento *(a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).* _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 8 cifras.)*:**KC**_____/____

Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): $___ Semanal Mensual. Fecha de inscripción: ___ ___/___ ___/___

6 **Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 6** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___
(Apellido) *(Primer nombre)* *(Inicial)* *(Número de 9 cifras)* *(Mes/Día/Año)*

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el **NIÑO Núm. 6.***

RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No **SEXO:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Sí. ***Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación***_____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento *(a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario):* _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (*marque uno)* ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 8 cifras.)*:**KC**_____/____

Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): $___ Semanal Mensual. Fecha de inscripción: ___ ___/___ ___/___

7 **Nombre COMPLETO del NIÑO Núm. 7** **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____ _____ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ___ ___/___ ___/___ ___
(Apellido) *(Primer nombre)* *(Inicial)* *(Número de 9 cifras)* *(Mes/Día/Año)*

*La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el **NIÑO Núm. 7.***

RAZA: ☐ Indígena Americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No **SEXO:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: ☐ No ☐ Sí. ***Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación*** _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento *(a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario):* _____

USO DE LA AGENCIA: Estatus (*marque uno)* ☐ Negado ☐ Aprobado ☐ Lista de espera ☐ Pendiente

USO DE DYFS (*Escriba el núm. de caso de 8 cifras.)*:**KC**_____/____

Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (*elegir uno, escribir y encerrar en un círculo*): $___ Semanal Mensual. Fecha de inscripción: ___ ___/___ ___/___