

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL**

Esta solicitud es para solicitar únicamente asistencia para cuidado infantil no garantizada. Si desea solicitar asistencia para cuidado infantil y otros beneficios estatales, como Asistencia Pública (PA), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Energética Doméstica (HEAP), Medicaid o asistencia para cuidado infantil garantizada (categoría 1), use el formulario *Solicitud de ciertos beneficios y servicios del estado de Nueva York, LDSS-2921*, que se encuentra en: <https://otda.ny.gov/programs/applications/2921.pdf>.

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

- Usted va a solicitar asistencia para cuidado infantil de categoría 2. La asistencia para cuidado infantil de categoría 2 se brinda a las familias cuando hay fondos disponibles. La asistencia para cuidado infantil de categoría 1 es para las familias que son elegibles para una garantía de cuidado infantil, como las familias que solicitan o reciben PA, asistencia para cuidado infantil en lugar de PA, y cuidado infantil de transición.
- Puede rellenar la solicitud y entregarla el mismo día en que la reciba. Si es elegible, el condado en el que vive puede darle asistencia retroactiva a la fecha en que entregó su solicitud.
- Puede entregar su solicitud en persona o por correo. Si desea entregar su solicitud de manera electrónica, por correo electrónico, fax, etc., pida más información al departamento de servicios sociales de su localidad.
- El departamento de servicios sociales de su localidad recibirá su solicitud si esta tiene su nombre, su dirección y una firma. Sin embargo, la solicitud debe estar completa para determinar si usted es elegible para recibir asistencia para cuidado infantil.

CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD

- Rellene todas las secciones. Algunas secciones están marcadas como "opcional" y usted puede decidir si desea contestarlas o no.
- Escriba con letra clara en la solicitud.
- No escriba en los espacios sombreados.
- Si le ayuda a alguien a rellenar la solicitud, escriba la información de la persona a la que está ayudando.

EN DÓNDE ENTREGAR LA SOLICITUD

- Entregue la solicitud en el departamento de servicios sociales local del condado en el que vive.

Asegúrese de que el departamento de servicios sociales de su localidad le entregue copias de:

- **LDSS-4148A**, *Lo que debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades*
- **LDSS-4148B**, *Lo que debe saber acerca de los programas de servicios sociales*
- **LDSS-4148C**, *Lo que debe saber si le ocurre una emergencia*

Estos folletos contienen información importante acerca de sus derechos y responsabilidades, y puede encontrarlos aquí:

- <https://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>
- <https://otda.ny.gov/programs/applications/4148B.pdf>
- <https://otda.ny.gov/programs/applications/4148C.pdf>

SI QUIERE RETIRAR SU SOLICITUD

- Entréguele al departamento de servicios sociales de su localidad una petición, por escrito y firmada, para retirar la solicitud que entregó.
- Puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento.

Háblenos sobre usted.

Escriba la información referente a usted. Si le ayuda a alguien a rellenar la solicitud, escriba la información de la persona a la que está ayudando (el solicitante).

- **Nombre completo** Díganos su nombre legal, tanto nombre como apellido. Incluya todos sus seudónimos.
- **Dirección** Díganos su dirección completa del lugar donde vive actualmente, incluyendo el número de departamento o piso, la ciudad, el condado, el estado y el código postal.
- **Dirección postal** Si recibe su correspondencia en un lugar distinto al que habita, díganos esa dirección aquí.
- **Número de teléfono** Díganos su número de teléfono, con el código de área. Marque la casilla si es un teléfono celular, teléfono de casa o teléfono del trabajo.
- **Correo electrónico** Si desea que nos comuniquemos con usted por correo electrónico, díganos su dirección. *Esto es opcional.*
- **Contacto** Marque la casilla que nos indique cómo quiere que nos comuniquemos con usted. Si marca "Otra opción", díganos la mejor manera de contactarlo. *Esto es opcional.*
- **Idioma principal** Marque la casilla que nos indique el idioma que habla con más frecuencia en su hogar. Si marca "otro", díganos el idioma que prefiere.
- **Estado civil** Marque la casilla que nos indique su estado civil actual.

¿Usted, o alguno de los adultos que presentan la solicitud con usted, recibe alguno de los siguientes beneficios?

Las preguntas de esta sección se refieren a usted **Y** a todos los demás miembros adultos del hogar que soliciten asistencia para cuidado infantil con usted; esto incluye a su cónyuge si vive con usted, al padre o la madre del menor si vive con usted, a personas que estén temporalmente ausentes del hogar y que deben contribuir para las necesidades del hogar, y a todos los demás adultos que vivan en el hogar y que sean legalmente responsables del menor o los menores.

- Si usted o cualquiera de los adultos antes mencionados reciben cualquiera de los beneficios que aparecen en la lista, marque cada uno de los beneficios que reciben. Si nadie recibe ninguno de estos beneficios, marque la casilla "Ninguna de estas opciones".

Háblenos sobre las circunstancias de su hogar.

Las preguntas de esta sección se refieren a usted **Y** a todos los adultos que presentan la solicitud con usted.

- **Sin hogar** Marque Sí o No para decirnos si su familia tiene un lugar fijo, regular y adecuado para pasar la noche.
- **Militar de EE. UU.** Marque Sí o No para decirnos si un adulto del hogar está en servicio activo, a tiempo completo, en las fuerzas militares de EE. UU.
- **Reserva militar** Marque Sí o No para decirnos si un adulto del hogar es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de reserva militar.
- **Fondos para cuidado infantil** Marque Sí o No para decirnos si un adulto del hogar está recibiendo o ha solicitado otros fondos para cuidado infantil. Si marca Sí, díganos el nombre de la agencia.
- **Motivo de la necesidad** Díganos los motivos por los que necesita cuidado infantil. Por ejemplo, para trabajar, para asistir a tratamiento por abuso de sustancias, etc.

Háblenos sobre todos los miembros de su hogar.

Escriba la información de todas las personas que viven con usted, incluso si no presentan la solicitud con usted.

- **Nombre completo** Escriba su nombre completo en la línea 1, y luego escriba en las siguientes líneas los nombres de las demás personas que viven con usted.
- **Fecha de nacimiento** Díganos la fecha de nacimiento de cada persona.
- **Sexo** El estado de Nueva York se asegurará de que usted pueda obtener acceso a los beneficios y servicios estatales, sin importar su sexo o su identidad o expresión de género. Escriba el sexo de cada persona que vive con usted, ya sea masculino, femenino o X, de forma que coincida con lo registrado en la Administración del Seguro Social de Estados Unidos.

- **Relación** Díganos la relación que tiene cada persona con usted. Por ejemplo, cónyuge, otro padre/madre, hijo biológico, hijo de acogida temporal, amigo, compañero de habitación, abuelo, etc.
- **Identidad de género** Su identidad de género es la imagen que tiene de sí mismo y cómo se denomina. Su identidad de género puede ser igual que su sexo. No tiene que darnos esta información si no lo desea. Si decide escribir su identidad de género, díganos solamente la suya en el espacio provisto. Decirnos su identidad de género es su decisión, y no cambiará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil, ni el monto de la asistencia que recibirá de esta agencia.
- **Número del Seguro Social** Puede escribir su número del Seguro Social, si lo desea. Las agencias federales, estatales y locales pueden usar los números del Seguro Social para asegurarse de que los servicios que usted recibe no sean duplicados, pueden usarse para detectar o detener fraudes, y puede usarse para elaborar informes federales. *Esto es opcional.*
- **Hispano/Latino** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para indicar si cada persona es hispana o latina, o si no lo es. Darnos información étnica es su decisión, y no cambiará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil, ni el monto de la asistencia que recibirá de esta agencia.
- **Raza** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para cada uno de los códigos raciales (abajo). Darnos información racial es su decisión, y no cambiará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil, ni el monto de la asistencia que recibirá de esta agencia.
H – Hispano, **I** – Indígena americano o nativo de Alaska, **A** – Asiático, **B** – Negro o afroamericano, **P** – Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico, **W** – Blanco
- **Necesidad de cuidado infantil** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para decirnos si cada uno de los menores necesita cuidado infantil.
- **Ciudadanía** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para decirnos si cada menor es *ciudadano de Estados Unidos, nacional de Estados Unidos o una persona con una situación migratoria satisfactoria*. Si no está seguro, hable con el departamento de servicios sociales de su localidad. La ciudadanía o situación migratoria de los adultos o de los menores que no necesiten cuidado infantil no cambiará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil, ni el monto de la asistencia que recibirá de esta agencia.
- **Necesidades especiales** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para decirnos si cada menor tiene necesidades especiales. Un menor con necesidades especiales es un menor que no puede cuidar de sí mismo y que tiene uno o más de los diagnósticos siguientes:
 - (1) Problemas visuales
 - (2) Sordera u otros problemas auditivos
 - (3) Problemas ortopédicos
 - (4) Perturbaciones emocionales
 - (5) Discapacidad intelectual
 - (6) Discapacidad del aprendizaje
 - (7) Problemas del habla o el lenguaje
 - (8) Problemas de salud
 - (9) Autismo
 - (10) Múltiples discapacidades
 - (11) Lesión cerebral traumática
 - (12) Sordoceguera
 - (13) Otros problemas de salud

Para ver la definición completa de un menor con necesidades especiales, consulte el título 18, parte 415.1(c) del NYCRR.
- **Padres en el hogar** Escriba **S** (Sí) o **N** (No) para cada uno de los menores, para decirnos si ambos padres viven en el hogar.

Háblenos sobre los padres que no viven en el hogar.

Esta información se refiere al padre o la madre que no vive en el hogar.

- Escriba los nombres de los menores que solicitan asistencia para cuidado infantil y que tienen menos de 19 años de edad, cuyo padre o madre no viva en su hogar.
- Marque Sí o No para decirnos si el padre o la madre que no vive en el hogar está disponible para brindar cuidado. Si no lo está, díganos el motivo (por ejemplo: trabaja, asiste a rehabilitación, está en la cárcel, hay una orden judicial, hay un problema de seguridad, acuerdo de visitas, etc.).

Háblenos sobre su empleo y sus otras actividades.

Rellene la información si está trabajando. Si no está trabajando, no está a punto de iniciar un nuevo empleo y no está buscando trabajo, marque "No" y vaya a la siguiente sección de la solicitud.

- Marque Sí o No para decirnos si necesita cuidado infantil porque está trabajando, si está a punto de iniciar un nuevo empleo o si está buscando trabajo. Si está a punto de iniciar un nuevo empleo, díganos la fecha de inicio.
- Información del empleador/empleo: Escriba el nombre del lugar donde trabaja, la cantidad total de horas que trabaja o trabajará por semana, su horario de trabajo, y díganos si su horario cambia cada semana. Si su horario cambia cada semana, escriba las horas que trabajó la semana pasada. Si está a punto de iniciar un nuevo empleo, díganos cuál será su horario de trabajo. Si tiene más de un empleo, marque Sí o No y use páginas adicionales para decirnos la información anterior.

Rellene la información si está en un programa de capacitación para el trabajo. Si no está en un programa de capacitación para el trabajo, ni está a punto de iniciar uno, marque "No" y vaya a la siguiente sección de la solicitud.

- Marque Sí o No para decirnos si necesita cuidado infantil porque está en un programa de capacitación para el empleo o está a punto de iniciar uno. Si está a punto de iniciar un programa de capacitación, díganos su fecha de inicio.
- Información del programa de capacitación: Escriba el nombre del programa o centro de capacitación, la cantidad total de horas que está o estará en el programa de capacitación por semana, su horario de capacitación, y díganos si su horario de capacitación cambia cada semana. Si su horario cambia cada semana, escriba las horas que asistió al programa de capacitación la semana pasada. Si está a punto de iniciar un programa de capacitación, díganos cuál será su horario.

Rellene la información si asiste a la universidad o toma clases. Si no asiste a la universidad ni toma clases, ni está a punto de iniciar, marque "No" y vaya a la siguiente sección de la solicitud.

- Marque Sí o No si necesita cuidado infantil porque asiste a la universidad o toma clases, o está a punto de asistir a la universidad o tomar clases.
- Información de la escuela o universidad: Escriba el nombre de la escuela o universidad, el día en que empezó o empezará a asistir a la universidad o a tomar clases, la cantidad total de horas que toma o tomará clases cada semana, su horario de clases y díganos si su horario cambia cada semana. Si su horario cambia cada semana, escriba las horas que asistió a clases la semana pasada. Si está a punto de iniciar la universidad o las clases, díganos cuál será su horario.

Háblenos de los otros adultos que presentan la solicitud con usted y de sus actividades.

Rellene la información referente a los otros adultos que presentan la solicitud con usted.

- Marque a quién corresponde esta información (su cónyuge, el otro padre o madre, u otro adulto). Marque Sí o No para decirnos si el adulto tiene más de un empleo. Si contestó que sí, use páginas adicionales y proporcione la siguiente información. Díganos si está trabajando, si está a punto de iniciar un nuevo empleo o si está buscando trabajo. Si está a punto de iniciar un nuevo empleo, díganos su fecha de inicio.
- Información del empleador/empleo: Escriba el nombre del lugar donde trabaja, la cantidad total de horas que trabaja o trabajará por semana, su horario de trabajo, y díganos si su horario cambia cada semana. Si el horario cambia cada semana, escriba las horas que trabajó la semana pasada.

Rellene la información si el otro adulto está en un programa de capacitación para el trabajo. Si el adulto no está en un programa de capacitación para el trabajo, ni está a punto de iniciar uno, marque "No" y vaya a la siguiente sección de la solicitud.

- Marque Sí o No para decirnos si el adulto está en un programa de capacitación para el empleo o está a punto de iniciar uno. Si está a punto de iniciar uno, díganos la fecha de inicio.
- Información del programa de capacitación: Escriba el nombre del programa o centro de capacitación, la cantidad total de horas que está o estará en el programa de capacitación por semana, su horario de capacitación, y díganos si su horario cambia cada semana. Si su horario cambia cada semana, escriba las horas que asistió al programa de capacitación la semana pasada.

Rellene la información si el otro adulto asiste a la universidad o toma clases. Si el adulto no asiste a la universidad ni toma clases, ni está a punto de asistir a la universidad o tomar clases, marque "No" y vaya a la siguiente sección de la solicitud.

- Marque Sí o No para decirnos si el adulto asiste a la universidad o toma clases, o está a punto de iniciar.
- Información de la escuela o universidad: Escriba el nombre de la escuela o universidad, el día en que empezó o empezará a asistir a la universidad o a tomar clases, la cantidad total de horas que toma o tomará clases cada semana, su horario de clases y díganos si su horario de clases cambia cada semana. Si su horario cambia cada semana, escriba las horas que asistió a clases la semana pasada.

Háblenos sobre los ingresos de su hogar.

En esta sección, marque Sí o No si usted o cualquier persona que presente la solicitud con usted recibe cada tipo de ingreso.

- Para cada respuesta de "Sí", escriba el nombre de la persona que recibe el ingreso, el monto o valor en dólares y la frecuencia con la que la persona recibe los pagos (por ejemplo, semanal, mensual, catorcenal, etc.).

Consentimientos y avisos

LEA ESTA SECCIÓN DETENIDAMENTE o pídale a alguien que se la lea. Esta sección contiene información importante sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con la recepción de asistencia para cuidado infantil. Al firmar y entregar una solicitud, usted afirma que entiende y acepta las declaraciones de esta sección.

Declaración y firma

Lea esta sección o consiga que alguien se la lea. Marque con la casilla. Al marcar la casilla, usted declara que todo el contenido de la solicitud es correcto y está completo.

- **FIRMA** Firme con su nombre y escriba la fecha. Si rellenó esta solicitud por alguien más, firme con el nombre de usted. Si entrega esta solicitud al departamento de servicios sociales de su localidad de manera electrónica, puede usar una firma electrónica.
- **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** Escriba su nombre completo, nombre y apellido.
- **FIRMA DE OTRO ADULTO** Si su cónyuge vive con usted o el otro padre/madre vive con usted o hay personas temporalmente ausentes del hogar que deben contribuir a las necesidades del hogar o hay otro adulto que vive con usted y que es legalmente responsable por los menores que necesitan cuidado infantil, **ambos** deben firmar la solicitud.
- **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** Escriba su nombre completo, nombre y apellido, si usted es el cónyuge, el otro padre o madre, u otro adulto que vive en el hogar y que es legalmente responsable por los menores que necesitan cuidado infantil.

Después de rellenar toda la solicitud, entréguela al departamento de servicios sociales local del condado en el que vive.

NOTA: La última página de la *Solicitud de asistencia para cuidado infantil* es una solicitud para registrarse como votante. Si desea recibir ayuda para rellenar el formulario del registro de votantes, consulte al departamento de servicios sociales de su localidad. Solicitar su registro como votante no cambiará su elegibilidad para recibir asistencia para cuidado infantil, ni el monto de la asistencia que recibirá de esta agencia.