

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 en Efectivo u otros beneficios, incluyendo la Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 1, debe usar la *Solicitud para Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921)*.

NOMBRE DEL CASO		CASO N.º	REGISTRO N.º	OFICINA	UNIDAD	TRABAJADOR	FECHA DE LA CITA / /
DISTRITO	CASO TIPO: 40	Tipo de transacción de servicios: <input type="checkbox"/> Nueva apertura <input type="checkbox"/> Reapertura <input type="checkbox"/> Recertificación			Disposición: <input type="checkbox"/> Denegación	Código del motivo	<input type="checkbox"/> 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.º DE APTO.	CIUDAD		ESTADO
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN ANTERIOR)		N.º DE APTO.	CIUDAD		ESTADO
DIRECCIÓN ANTERIOR (EN EL AÑO PASADO)				OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO EN DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a					
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique)				Correo electrónico (opcional):	

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) <i>Opcional</i>	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) PARA INDICAR SI ES O NO ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO (OPCIONAL)						¿Necesita este niño cuidado infantil? S/N	PARA CADA NIÑO QUE NECESITA CUIDADO INFANTIL, RESPONDA S (SÍ) O N (NO)		
								H	I	A	B	P	W		¿Es el niño ciudadano de EE.UU./nacional o tiene un estado inmigratorio satisfactorio?	¿Tiene el niño una discapacidad?	¿Viven ambos padres en el hogar?
1				/ /		YO (solicitante)								N/A	N/A	N/A	N/A
2				/ /													
3				/ /													
4				/ /													
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 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 está solicitando con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)
Ingreso por trabajo (incluidos sueldos/salarios, horas extras, comisiones, programas de capacitación, propinas)								
Ingreso neto por trabajo por cuenta propia								
Pagos de manutención infantil (recibidos)								
Pagos de pensión alimenticia/apoyo conyugal (recibidos)								
Beneficios del Seguro de Desempleo, Compensación Laboral								
Beneficios del Seguro Social (incluido SSI)								
Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)								
Ingresos por alquiler/huésped/inquilino (recibidos)								
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros								
Pensiones o renta vitalicia								
Asistencia Pública (PA) en Efectivo, Subvención, Beneficios de la Red de Seguridad (<i>Safety Net</i>)								
Otro (especifique)								

SECCIÓN 8. TIEMPO DE VIAJE DESDE LA UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL AL LUGAR DE TRABAJO/ACTIVIDAD EDUCATIVA U OTRA APROBADA.			
DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO	Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo/actividad		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
RECOGIDA	Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad a la ubicación del proveedor de cuidado infantil		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NOMBRES DE LOS NIÑOS	¿YA ESTÁN INSCRITOS?
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 10. INFORMACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO. Ingrese los nombres de todos los niños inscritos en la escuela			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	NOMBRES DE LOS NIÑOS	HORAS DE ASISTENCIA	
		HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN

SECCIÓN 11. AVISOS. LEA LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICACIONES IMPORTANTES.

INFORME DE CAMBIOS: Entiendo que al firmar esta solicitud estoy de acuerdo en 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.

SANCIONES: Las leyes federales y estatales prevén sanciones, incluso multas, 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 la 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 migratorio satisfactorio. Entiendo que esta información solo será compartida para hacer decisiones relativas al programa de Asistencia para Cuidado Infantil, y que el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos puede ser contactado si se necesita más información para verificar el estado migratorio de los niños.

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.

RECURSOS: Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000. Los recursos incluyen, pero no se limitan a, efectivo, cuentas bancarias, bienes raíces, acciones, bonos, fondos mutuos, IRAs, cuentas de 401(k), seguro de vida, cuentas fiduciarias, anualidades, fondos/espacios de entierro.

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

SECCIÓN 12. 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.

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

ENVIAR SU SOLICITUD A: EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL (LDSS) DEL CONDADO EN EL QUE VIVE.

FOR AGENCY USE ONLY:							
CASE NAME	CASE #	REGISTRY #	VERSION #	RE-USE INDICATOR <input type="checkbox"/>	DISTRICT: CASE TYPE: 40	DATE / /	
SERVICES TRANS TYPE: <input type="checkbox"/> New Open <input type="checkbox"/> Reopen <input type="checkbox"/> Recert				Disposition: <input type="checkbox"/> Denial	Reason Code		<input type="checkbox"/> 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 votantes en una agencia del estado de Nueva York

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

SÍ Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

NO, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar 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 cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar 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

Rev. 05/04/2021

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes

Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es NO , no complete este formulario.		2	A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		3	B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá "pendiente" y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		4	For Board Use Only			
	Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.			Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.			Apellido			Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
3	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)		N.º de apto.		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código Postal		Condado				
4	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.		Oficina de correos		Código postal						
5	6	7	8	9		10		11		12			
Fecha de nacimiento	Sexo (opcional)	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)		Año en que votó por última vez		Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:		
					En el condado/estado		Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)		<input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York		• soy ciudadano de los Estados Unidos;		
									<input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social		• habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;		
									<input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York		• cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York;		
11		12		13		14		15		16		17	
Partido político		Deseo afiliarme a un partido político		Ningún partido		Declaración jurada: Juro o declaro que:		Firma o marca en tinta		Fecha		Firma	
<input type="checkbox"/> Partido Demócrata		<input type="checkbox"/> Partido Republicano		<input type="checkbox"/> Partido Conservador		<input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras		<input type="checkbox"/> Ningún partido		• la firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra;		• la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.	
<input type="checkbox"/> Otro _____		No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente											

(Opcional) Inscríbase para donar sus órganos y tejidos

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Dirección		
N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies _____ pulgadas _____	
Correo electrónico	Número del DMV o de id. de NYC	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

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 votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

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

Si no tiene número del DMV o de Seguridad 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 dirección. 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 completar este formulario:

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

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "?". Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.