



RECERTIFY ONLINE FOR

CHILD CARE ASSISTANCE

Recertifying for child care assistance just got easier with MyCity.

MyCity is your one-stop shop for New York City government services and benefits. It's secure, fast, and, best of all, it can be viewed in more than ten languages. You can recertify through MyCity even if you first applied on paper!



Complete your recertification online

Create an account and follow the step-by-step instructions personalized to your case. MyCity guides you through the recertification and only ask you for information necessary to submit.



Securely store your personal information and documents

Access your personal information and upload documents any time with your MyCity account.



Track the status of your recertification

Use your MyCity account to track the status of your child care assistance recertification and update your personal information.

How to Recertify In MyCity

- 1 Go to MyCity at MyCity.NYC.Gov
- 2 Login or create a MyCity account
- 3 Once logged in, click on "I Need Services", then "Child Care"
- 4 Click on "Recertify"
- 5 Enter your name, ACCIS Number, and the date of birth of any child in your family who is enrolled in child care.


MyCity will load your case information and guide through everything you need to submit to recertify. **If you recertify through MyCity, you do not need to submit or mail anything on paper!**

Start your recertification today!

MyCity.NYC.gov

NYC
Department of
Education

NYC
Children



RECERTIFIQUE EN LÍNEA PARA ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL

La recertificación para obtener asistencia de cuidado infantil es ahora más fácil con MyCity.

MyCity es la primera y única parada para obtener servicios y beneficios del gobierno de la Ciudad de Nueva York. Es segura, rápida, y lo mejor de todo, está disponible en más de diez idiomas. Puede realizar su recertificación a través de MyCity incluso si hizo su primera aplicación en papel!



Complete su recertificación en línea

Cree una cuenta y siga las instrucciones personalizadas según su caso. MyCity le guiará a través del proceso de recertificación y sólo tendrá que presentar la información necesaria.



Guarde sus documentos e información personal de forma segura

Acceda a su información personal y cargue sus documentos en cualquier momento con su cuenta de MyCity.



Consulte el estado de su recertificación

Use su cuenta de MyCity tanto para revisar el estado de su recertificación para asistencia de cuidado infantil como para actualizar su información personal.

Cómo realizar la recertificación en MyCity

- 1 Entre en MyCity.NYC.Gov
- 2 Ingrese a su cuenta de MyCity o cree una
- 3 Una vez ingresado, haga clic en "Necesito Servicios", y luego en "Cuidado Infantil"
- 4 Haga clic en "Recertificar"
- 5 Escriba su nombre, su número de ACCIS y la fecha de nacimiento de cada hijo inscrito en cuidado infantil

MyCity cargará toda la información de su caso y lo guiará a través de todo el proceso. **Si realiza la recertificación en MyCity, no es necesario que presente nada en papel!**

Empiece su recertificación hoy!

MyCity.NYC.gov

NYC
Department of
Education

NYC
Children

Application For Child Care Assistance

Please read instructions (CFWB-012A) and review the document checklist (CFWB-012B) for assistance when completing this and for information on what documents are required.

ATTENTION: This application is used to apply only for Category 2* child care assistance (for families not in receipt of cash assistance). To apply for Cash Assistance or other benefits, including Category 1 Child Care Assistance (for families in receipt of cash assistance), you must use the New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

Please Note: All sections of this form must be filled out to be considered complete unless the section is identified as optional. If you do not complete all required sections of this form, you may not be considered for Child Care Assistance.

The following applicants may be eligible for child care assistance without regard to income and do not need to complete this application:

- Foster parents who need child care assistance to allow them to work and are only applying for assistance for the foster child(ren).
- Families in receipt of protective or preventive services.

Refer to application instructions (CFWB-012A) for details New Change/Recertification Reopen

OFFICE USE ONLY	Case #: _____	Application Date: _____
------------------------	---------------	-------------------------

Section 1 - Applicant	Last Name (Please include any aliases or maiden names in parentheses): _____		First Name: _____		M.I.: _____		Marital Status: _____									
	Home Address: _____				Apt. #: _____		City/Borough: _____		State: _____		ZIP Code: _____					
	Is this a temporary address? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <i>If yes, does family currently reside in (check one):</i> <input type="radio"/> Homeless Shelter <input type="radio"/> Doubled-up with another family <input type="radio"/> Hotel/Motel <input type="radio"/> Car, Bus, Train <input type="radio"/> Park, Campsite <input type="radio"/> Other															
	Telephone (Work): _____				Telephone (Home): _____				Telephone (Cell or Other): _____				Email: _____			
	Do you receive Cash Assistance? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No				CA#: _____				What is your primary language? <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> Other _____				What is your preferred language? <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> Other _____			

Please list all children in your household needing child care. **(Only children needing care)**

Section 2 Child(ren) Needing Care	Name (Last, First)	M.I.	Relationship	D.O.B.	Sex	Both of Child's Parents Reside in the Home?	Ethnicity Hispanic or Latino**	Race** <small>(See legend below)</small>	Social Security Number <small>(Optional)</small>	Child with a Disability?	Is child U.S. Citizen /U.S. National/ or person with satisfactory immigration status?
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* Category 1: Families eligible for a child care guarantee – applying for or receiving Cash Assistance (CA), or receiving Child Care Assistance in lieu of CA or receiving transitional child care.

Category 2: Families eligible when funds are available

** Providing ethnicity and race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.

Racial Affiliation Codes:
AI Native American or Alaskan Native
AS Asian
BL Black or African American
HP Native Hawaiian or Pacific Islander
WH White

Solicitud de ayuda para cuidado infantil

Lea las instrucciones (CFWB-012A) y revise la lista de verificación de documentos (CFWB-012B) para obtener ayuda para completar esta solicitud e información sobre los documentos que se requieren.

ATENCIÓN: Esta solicitud se usa para solicitar únicamente ayuda para cuidado infantil de categoría 2* (para familias que no reciben ayuda económica). Para solicitar ayuda económica u otros beneficios, incluyendo la ayuda para cuidado infantil de categoría 1 (para familias que reciben ayuda económica), debe usar la Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921).

Tenga en cuenta: Deben llenarse todas las secciones de este formulario para que puedan considerarse completas, excepto que la sección se identifique como opcional. Si no completa todas las secciones obligatorias de este formulario, es posible que no lo tengan en cuenta para la ayuda para cuidado infantil.

Los siguientes solicitantes podrían reunir los requisitos para recibir ayuda para cuidado infantil, independientemente de los ingresos, y no tienen que completar esta solicitud:

- Padres de acogida que necesitan ayuda para cuidado infantil para poder trabajar y que solo están solicitando ayuda para los niños de acogida.
- Familias que reciben servicios de protección o prevención.

Consulte las instrucciones de solicitud (CFWB-012A) para obtener información Nuevo Cambio/recertificación Reabierto

SOLO PARA USO INTERNO N.º de caso: _____ Fecha de la solicitud: _____

Sección 1: Solicitante

Apellido (incluya sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis): _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Estado civil: _____

Dirección de la casa: _____ Apt. n.º: _____ Ciudad/Distrito: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Esta dirección es temporal? Sí No *Si respondió afirmativamente, su familia reside actualmente en (marque una opción):* Refugio para personas sin hogar Vivienda compartida con otra familia Hotel/motel Automóvil, autobús, tren

Parque, campamento Otro

Teléfono (trabajo): _____ Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular u otro): _____ Correo electrónico: _____

¿Recibe ayuda económica? Sí No N.º de CA: _____

¿Cuál es su idioma principal? Inglés Español Otro _____

¿Cuál es su idioma preferido? Inglés Español Otro _____

Mencione a todos los menores de su hogar que necesitan cuidado infantil (solo los menores que necesitan cuidado)

Sección 2 Menores que necesitan atención	Nombre (Apellido, Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿El padre y madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas abajo)	Número de seguro social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es un ciudadano estadounidense, es nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* Categoría 1: Familias que son elegibles para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben ayuda económica (CA), que reciben ayuda para cuidado infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Códigos de afiliación racial:

- AI** Nativo americano o nativo de Alaska
- AS** Asiático
- BL** Negro o afroamericano
- HP** Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- WH** Blanco

Please list all other members in your entire household (not listed in Section 2A) including children under age 18 who do not need child care. List yourself first, followed by everyone who lives with you.

Section 2B Family Members	Name (Last, First) <i>(Include any aliases or maiden names in parentheses)</i>	M.I.	Relationship	D.O.B.	Sex	Gender Identity** <i>(Optional)</i>	Ethnicity Hispanic or Latino**	Race** <i>(See legend to the right)</i>	Social Security Number <i>(Optional)</i>
	1.		Self						
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								
OFFICE USE ONLY		Family Size: _____							

For additional family members, please attach a separate sheet. Include information for any spouse, parent or caretaker of the children applying for care who lives in the home.

- Racial Affiliation Codes:
- AI** Native American or Alaskan Native
 - AS** Asian
 - BL** Black or African American
 - HP** Native Hawaiian or Pacific Islander
 - WH** White

** Providing gender, ethnicity and race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.

Section 3 Child/Family Needs	What is your reason for requesting Child Care Assistance?	Is a parent currently active duty (full-time) in the US Military?	Is the applicant receiving and/or applying for child care through a different application?
	<input type="radio"/> Employment <input type="radio"/> Vocational Training/Educational Activities <input type="radio"/> Receiving Domestic Violence Services <input type="radio"/> Looking for Work <input type="radio"/> Homelessness <input type="radio"/> Participating in an approved substance abuse treatment program	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Is a parent currently a member of a National Guard or Military Reserve Unit? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Is there a non-custodial parent available to provide child care? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	If yes please indicate the agency: <input type="radio"/> Department of Education (DOE) <input type="radio"/> Human Resources Administration (HRA) <input type="radio"/> Department of Youth and Community Development (DYCD) <input type="radio"/> Department of Homeless Services (DHS) <input type="radio"/> Consortium for Worker Education (CWE) <input type="radio"/> Administration for Children's Services (ACS)

Section 3 - Employment (if employment is reason for care)	Applicant's Employer Name: _____	Tel#: _____	Address: _____	City/Borough: _____	State: _____	ZIP Code: _____
	Employment Start Date: _____	Does job have a rotating shift? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		Does job require overtime (OT)? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
	<i>If applicant has a second job</i>					
	Applicant's Employer Name: _____	Tel#: _____	Address: _____	City/Borough: _____	State: _____	ZIP Code: _____
	Employment Start Date: _____	Does job have a rotating shift? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		Does job require overtime (OT)? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
	Second parent, caretaker or stepparent in the household					
	Applicant's Employer Name: _____	Tel#: _____	Address: _____	City/Borough: _____	State: _____	ZIP Code: _____
	Employment Start Date: _____	Does job have a rotating shift? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		Does job require overtime (OT)? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
	<i>If second parent, caretaker or stepparent in the household has a second job</i>					
	Applicant's Employer Name: _____	Tel#: _____	Address: _____	City/Borough: _____	State: _____	ZIP Code: _____
	Employment Start Date: _____	Does job have a rotating shift? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		Does job require overtime (OT)? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		

Mencione al resto de los miembros del grupo familiar (no detallados en la Sección 2A), incluyendo los menores de 18 años que no necesitan cuidado infantil. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted.

Sección 2B Familiares	Nombre (apellido, primer nombre) <i>(incluya sobrenombres o nombres de soltera entre paréntesis)</i>	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Identidad de género** <i>(opcional)</i>	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(vea la leyenda de la derecha)</i>	Número de seguro social <i>(opcional)</i>
	1.			Usted					
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								

SOLO PARA USO INTERNO | Número de integrantes de la familia: _____

Para agregar a otros integrantes de la familia, adjunte una hoja aparte. Incluya información del cónyuge, del padre, de la madre o del encargado del cuidado de los menores para los que se solicita cuidado que vivan en la casa.

Códigos de afiliación racial:

- AI** Nativo americano o nativo de Alaska
- AS** Asiático
- BL** Negro o afroamericano
- HP** Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- WH** Blanco

** El suministro de información sobre el género, el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Sección 3 Necesidades del menor de la familia	¿Cuál es el motivo de la solicitud de ayuda para cuidado infantil?	¿Está el padre o la madre actualmente en servicio activo (tiempo completo) en el Ejército de los Estados Unidos?	¿El solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil mediante otra solicitud?
	<input type="radio"/> Empleo <input type="radio"/> Formación vocacional/actividades educativas <input type="radio"/> Recepción de servicios por violencia doméstica <input type="radio"/> Búsqueda de trabajo <input type="radio"/> Sin hogar <input type="radio"/> Participación en un programa aprobado de tratamiento para el abuso de sustancias	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿El padre o la madre es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de Reserva Militar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Hay un padre/madre sin custodia disponible para dar cuidado infantil? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, indique la agencia: <input type="radio"/> Departamento de Educación (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> Administración de Recursos Humanos (HRA) <input type="radio"/> Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> Departamento de Servicios para Personas sin Hogar (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> Consorcio para la Educación de los Trabajadores (CWE) <input type="radio"/> Administración de Servicios para Niños (ACS)

Sección 3: Empleo (si el empleo es el motivo del cuidado)	Nombre del empleador del solicitante: _____	N.º de tel.: _____	Dirección: _____	Ciudad/Distrito: _____	Estado: _____	Código postal: _____	
	Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene un turno rotativo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
	<i>Si el solicitante tiene un segundo trabajo</i>						
	Nombre del empleador del solicitante: _____	N.º de tel.: _____	Dirección: _____	Ciudad/Distrito: _____	Estado: _____	Código postal: _____	
	Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene un turno rotativo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
	<i>Otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar</i>						
Nombre del empleador del solicitante: _____	N.º de tel.: _____	Dirección: _____	Ciudad/Distrito: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene un turno rotativo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
<i>Si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo trabajo</i>							
Nombre del empleador del solicitante: _____	N.º de tel.: _____	Dirección: _____	Ciudad/Distrito: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Fecha de inicio del empleo: _____	¿El trabajo tiene un turno rotativo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿El trabajo requiere de horas extra (overtime, OT)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

Section 4 Work/Activity/Travel Time Schedule	Typical work/activity schedule (i.e., educational/vocational activity)													
	Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to
	Typical work/activity schedule for second parent, caretaker or stepparent in the household													
	Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to
	Please complete the schedule below only if the parent has a second shift, job or activity Please complete the schedule below only if the second parent, caretaker or stepparent in the household has a second shift, job or activity													
	Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	

Travel Time Drop off: Travel time from the child care provider to work/activity?
 Check one of the following: 15 minutes 30 minutes 45 minutes 1 hour More than 1 hour. Amount of time if more than 1 hour __ Public Transportation? Yes No
 Pick-up: Travel time from work/activity to the child care provider?
 Check one of the following: 15 minutes 30 minutes 45 minutes 1 hour More than 1 hour. Amount of time if more than 1 hour __ Public Transportation? Yes No
 Spouse/Other Parent: Travel time from the child care provider to work/activity?
 Check one of the following: 15 minutes 30 minutes 45 minutes 1 hour More than 1 hour. Amount of time if more than 1 hour __ Public Transportation? Yes No
 Pick-up: Travel time from work/activity to the child care provider?
 Check one of the following: 15 minutes 30 minutes 45 minutes 1 hour More than 1 hour. Amount of time if more than 1 hour __ Public Transportation? Yes No

Indicate if you or anyone who is applying with you receives money from the following sources. See checklist (CFWB-012B) for documentation requirements. PLEASE PRINT

Section 5 Income Information	Sources	Yes /No	Gross Amount	How often? (weekly, biweekly, monthly, etc?)	Who is the recipient?	OFFICE USE ONLY	
						Type of Documentation	Monthly Calculations
	Applicant Wages/Salary, including overtime, commissions, training programs, tips		\$		Self		
	Second parent, caretaker or stepparent in the household Wages/Salary, incl. overtime, commissions, training programs, tips		\$				
	Net Self-Employment Income		\$				
	Child Support Payments (received)		\$				
	Alimony/Spousal Support (received)		\$				
	Unemployment Insurance Benefits, Workers' Comp		\$				
	Social Security Benefits (including SSI)		\$				
	Disability Benefits (NYS, VA, Private)		\$				
	Rental/Boarder/Lodger Income (received)		\$				
	Dividends/Interest – Stocks, Bonds, Savings		\$				
	Retirement, Pensions/Annuities		\$				
	Cash Assistance (CA) Grant, Safety Net Benefits		\$				
	Other (please specify):		\$				
	Total Income		\$ 0.00				

Sección 4 Cronograma de tiempo de viaje/actividad/trabajo	Cronograma de trabajo/actividad típicos (es decir, actividad educativa/vocacional)													
	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta
	Cronograma de trabajo/actividad típicos para otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar													
	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta
	Complete el siguiente cronograma solo si el padre/madre tiene un segundo turno, trabajo o actividad Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábados de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta													
	Complete el siguiente cronograma solo si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábados de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta de hasta													
Tiempo de viaje Vuelta: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/actividad Marque una de las siguientes opciones: <input type="radio"/> 15 minutos <input type="radio"/> 30 minutos <input type="radio"/> 45 minutos <input type="radio"/> 1 hora <input type="radio"/> Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora ____ ¿Transporte público? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta la ubicación del proveedor de cuidado infantil Marque una de las siguientes opciones: <input type="radio"/> 15 minutos <input type="radio"/> 30 minutos <input type="radio"/> 45 minutos <input type="radio"/> 1 hora <input type="radio"/> Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora ____ ¿Transporte público? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Cónyuge/Otro Padre/madre: Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil hasta el trabajo/actividad Marque una de las siguientes opciones: <input type="radio"/> 15 minutos <input type="radio"/> 30 minutos <input type="radio"/> 45 minutos <input type="radio"/> 1 hora <input type="radio"/> Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora ____ ¿Transporte público? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Recogida: Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad hasta la ubicación del proveedor de cuidado infantil Marque una de las siguientes opciones: <input type="radio"/> 15 minutos <input type="radio"/> 30 minutos <input type="radio"/> 45 minutos <input type="radio"/> 1 hora <input type="radio"/> Más de 1 hora. Cantidad de tiempo si es más de una hora ____ ¿Transporte público? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No														

Indique si usted o alguna de las personas que presenta la solicitud con usted recibe dinero de las siguientes fuentes. Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer los requisitos de documentación.
COMPLETAR CON LETRA DE MOLDE

Sección 5 Información sobre ingresos	SOLO PARA USO INTERNO						
	Fuentes	Sí/No	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, etc.)	¿Quién es el beneficiario?	Tipo de documentación	Cálculos mensuales
Salario del solicitante, incluyendo las horas extras, las comisiones, los programas de formación, las propinas			\$		Usted		
Otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar Salario, incluyendo las horas extras, las comisiones, los programas de formación, las propinas			\$				
Ingresos netos como trabajador independiente			\$				
Pagos de manutención de menores (recibidos)			\$				
Pensión alimenticia/manutención de cónyuge (recibidas)			\$				
Beneficios del seguro de desempleo, compensación para trabajadores			\$				
Beneficios del Seguro Social (incluyendo Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI])			\$				
Beneficios por discapacidad (Estado de Nueva York, Administración de Veteranos [VA], privado)			\$				
Ingresos por alquiler/huéspedes/inquilinos (recibidos)			\$				
Dividendos/intereses (acciones, bonos, ahorros)			\$				
Jubilación, pensiones/anualidades			\$				
Subsidio de ayuda económica, beneficios netos de seguridad			\$				
Otros (especificar):			\$				
Ingresos totales			\$ 0.00				

Section 6 Provider

If you qualify for Child Care Assistance funded by the New York State Child Care Block Grant, you have the option to choose: center-based or home-based child care. If you choose a provider that is not licensed or registered, the provider must be enrolled as a Legally-Exempt provider. Provide below the name(s) and address(es) of your choice of provider(s). You may list additional choices on an attached sheet.

Name: _____ Program # (if applicable): _____ Name: _____ Program #(if applicable): _____ Name: _____ Program #(if applicable): _____
 Address: _____ Address: _____ Address: _____

Section 7 Certification

1. I understand that the information contained on this form will be used to determine my or my family's eligibility for services/subsidy. I understand that by signing this application form, I agree to cooperate fully with any investigation to verify or confirm the information I have given or any other investigation in connection with my request for child care assistance. I will provide additional information if requested.

2. Social Security Numbers, if provided, may be used by federal, state, and local agencies to prevent duplication of services, fraud and for federal reporting.

3. I agree to inform the agency immediately of any change in my needs, income, address, living arrangement, household composition or address where care is provided, who is providing child care, provider fees and/or hours for which child care is needed.

4. I certify that the children indicated as needing child care are United States (U.S.) citizens, U.S. nationals, or persons with satisfactory immigration status. I understand that this information about these children may be submitted to the Immigration and Naturalization Service (INS) for verification of immigration status, if applicable. I further understand that the use or disclosure of this information about these children is restricted to persons and organizations directly connected with the verification of immigration status and the administration or enforcement of provisions of the Child Care Assistance Program.

5. I understand that this application is used only for the expressed purpose of child care assistance. To obtain other assistance such as SNAP, Medicaid, Cash Assistance, or other services, additional applications will be required. However, this application and any information obtained as part of an investigation of this application may be shared with any City, State or Federal agency to which you apply or have applied for any other assistance or benefits.

6. Federal and state laws provide for penalties of fine, imprisonment or both if you do not tell the truth when you apply for Child Care Assistance, or when you are questioned about your eligibility, or if you cause someone else not to tell the truth regarding your application or continuing eligibility. Penalties also apply if you conceal or fail to disclose facts regarding your initial or continuing eligibility for Child Care Assistance; or if you conceal or fail to disclose facts that would affect the right of someone, for whom you have applied, to obtain or continue to receive Child Care Assistance. If you are the authorized representative applying on behalf of someone else, Child Care Assistance must be used for that person and not yourself. It is unlawful to obtain Child Care Assistance by concealing information or providing false information.

7. I certify that my family resources do not exceed \$1,000,000.00.

It is the policy and commitment of the New York City Administration for Children's Services that it does not discriminate on the basis of race, creed, age, color, sex, religion, national origin, alien-age or citizenship status, physical or mental disability, gender, gender identity, sexual orientation, pregnancy, marital or partnership status.

You may obtain information on your rights and responsibilities at <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>
If you do not have access to the Internet, you can call NYC ACS at (212) 835-7610 to request physical copies of the following booklets.
LDSS-4148A: What You Should Know About Your Rights and Responsibilities; **LDSS-4148B:** What You Should Know About Social Services Programs; **LDSS-4148C:** What You Should Know If You Have an Emergency

Certification: I swear and/or affirm under the penalties of perjury that all of the information I have given or will give to NYC ACS relating to Child Care Assistance is correct. I have read and understand the notices both above and attached. I understand and agree to the above-listed certifications.

Please provide the signatures of both parents/caretakers if two parent/caretaker household.

Signature Parent/Caretaker: _____ Signature Parent/Caretaker: _____ Signature Parent/Caretaker: _____
 Print Name: _____ Date: _____ Print Name: _____ Date: _____ Print Name: _____ Date: _____

Section 8 Office Only

Authorized Days and Hours of Care:

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	
from	to	from	to	from	to	from	to

Eligibility determined and approved by (print and initial): _____ Date: _____

Length of Eligibility from _____ to _____ Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Authorized Days and Hours of Care for Second Shift/Work/Activity Schedule
 (Complete only if parent provides second shift/work/activity schedule in Section 5)

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	
from	to	from	to	from	to	from	to

Sección 6 Proveedor

Si usted califica para recibir ayuda para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado en el hogar. Si elige un proveedor que no tiene licencia o no está registrado, el proveedor debe estar inscrito como proveedor legalmente exento. Escriba abajo los nombres y direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta.

Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____

Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____

Sección 7 Certificación

- Entiendo que la información que contiene este formulario se usará para determinar si mi familia o yo cumplimos somos elegibles para recibir servicios/subsidio. Comprendo que, con mi firma en este formulario de solicitud, acepto cooperar por completo con todas las investigaciones que se hagan para verificar o confirmar la información que he dado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de ayuda para cuidado infantil. Si se solicita, daré información adicional.
- En caso de que dé números del Seguro Social, estos podrán ser usados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para hacer informes federales.
- Acepto informar a la agencia de inmediato de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, dirección, condiciones de vida, composición familiar o dirección donde se esté dando el cuidado, sobre la persona que esté dando el cuidado, o sobre las tarifas o el horario del cuidado infantil que se necesita.
- Certifico que los menores que necesitan cuidado infantil especificados en la presente son ciudadanos o nativos de los Estados Unidos o personas que tienen un estado migratorio satisfactorio. Entiendo que es posible que se presente la información sobre estos niños al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para la verificación del estado migratorio, si corresponde. También comprendo que el uso o la revelación de la información sobre estos niños se limita a personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación del estado migratorio y la administración o la ejecución de las disposiciones del Programa de Asistencia para Cuidado Infantil.
- Entiendo que esta solicitud solamente se usará con el fin expreso de obtener ayuda para cuidado infantil. Para recibir otro tipo de ayuda, como Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Medicaid, ayuda económica u otros servicios, se requerirán otras solicitudes. Sin embargo, esta solicitud y la información que se obtenga como parte de una investigación sobre esta solicitud se pueden compartir con agencias municipales, estatales o federales a las que solicite o haya solicitado otro tipo de ayuda o beneficios.
- Las leyes federales y estatales estipulan las sanciones en forma de multa, prisión o ambas si no dice la verdad cuando solicita ayuda 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 revela hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir ayuda para cuidado infantil; o si oculta o no revela hechos que afectarían a los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o continuación de la ayuda para cuidado infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de alguien más, la Asistencia para Cuidado Infantil debe usarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener ayuda para cuidado infantil ocultando información o dando información falsa.
- Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000.00.

La política y el compromiso de la Administración de Servicios para Niños de la Ciudad de Nueva York consisten en no discriminar por raza, credo, edad, color de piel, sexo, religión, país de origen, condición de ciudadano o de extranjero, discapacidad física o mental, género, identidad de género, orientación sexual, embarazo o estado civil.

Puede obtener información sobre sus derechos y responsabilidades en <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>

Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a ACS de NYC al (212) 835- 7610 para solicitar que le envíen por correo copias físicas de los siguientes folletos.
LDSS-4148A: Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades; **LDSS-4148B:** Lo que debe saber sobre los programas de Servicios Sociales; **LDSS-4148C:** Lo que debe saber en caso de emergencia

Certificación: Juro y afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he dado o que daré a la ACS de la Ciudad de Nueva York en relación con la ayuda para cuidado infantil es correcta. He leído y entiendo los avisos descritos arriba y adjuntos. Entiendo y acepto las certificaciones mencionadas arriba.

Ambos padres/madres/encargados del cuidado deben firmar a continuación si el grupo familiar incluye dos padres/madres/encargados del cuidado.

Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____ Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____ Firma del padre, madre o encargado del cuidado: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Sección 8 Solo para uso interno

Días y horarios de atención autorizados:

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Elegibilidad determinada y aprobada por (nombre en letra de molde e iniciales): _____ Fecha: _____

Duración de la elegibilidad desde _____ hasta _____ Códigos: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Días y horarios de atención autorizados para cronograma de segundo turno/trabajo/actividad (complete solo si el padre/la madre da un cronograma de segundo turno/trabajo/actividad en la Sección 5)

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábados	
de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta	de	hasta

Additional Children (if applicable)

Please list all children in your household needing child care. **(Only children needing care)**

Section 2 Child(ren) Needing Care	Name (Last, First)	M.I.	Relationship	D.O.B.	Sex	Both of Child's Parents Reside in the Home?	Ethnicity Hispanic or Latino**	Race** <i>(See legend below)</i>	Social Security Number <i>(Optional)</i>	Child with a Disability?	Is child U.S. Citizen/ U.S. National/ or person with satisfactory immigration status?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
28.											

* Category 1: Families eligible for a child care guarantee – applying for or receiving Cash Assistance (CA), or receiving Child Care Assistance in lieu of CA or receiving transitional child care

Category 2: Families eligible when funds are available

** Providing ethnicity and race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.

Racial Affiliation Codes:
AI Native American or Alaskan Native
AS Asian
BL Black or African American
HP Native Hawaiian or Pacific Islander
WH White

Niños adicionales (si corresponde)

Mencione a todos los menores de su hogar que necesitan cuidado infantil (solo los menores que necesitan cuidado)

Sección 2 Menores que necesitan atención	Nombre (Apellido, Nombre)	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿El padre y madre del menor residen en la vivienda?	Origen étnico hispano o latino**	Raza** (vea las leyendas abajo)	Número de seguro social (opcional)	¿El menor tiene una discapacidad?	¿El niño es un ciudadano estadounidense, es nativo estadounidense o una persona con estado de inmigración satisfactorio?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
28.											

* Categoría 1: Familias que son elegibles para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben ayuda económica (CA), que reciben ayuda para cuidado infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Códigos de afiliación racial:

- AI** Nativo americano o nativo de Alaska
- AS** Asiático
- BL** Negro o afroamericano
- HP** Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- WH** Blanco

Additional Family Members (if applicable)

Please list all **other** members in your entire household (not listed in Section 2A) including children under age 18 who do **not** need child care. List yourself first, followed by everyone who lives with you.

Section 2B Family Members	Name (Last, First) <i>(Include any aliases or maiden names in parentheses)</i>	M.I.	Relationship	D.O.B.	Sex	Ethnicity Hispanic or Latino**	Race** <i>(See legend below)</i>	Social Security Number <i>(Optional)</i>
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
	28.							

OFFICE USE ONLY	Family Size: _____
------------------------	--------------------

** Providing ethnicity and race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.

Racial Affiliation Codes:
AI Native American or Alaskan Native
AS Asian
BL Black or African American
HP Native Hawaiian or Pacific Islander
WH White

Familiares adicionales (si corresponde)

Mencione al **resto de los miembros del grupo familiar (no detallados en la Sección 2A), incluyendo los niños menores de 18 años que no necesitan cuidado infantil**. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted.

Sección 2B Familiares	Nombre (apellido, primer nombre) <i>(incluya sobrenombres o nombres de soltera entre paréntesis)</i>	Inicial del segundo nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo	Origen étnico hispano o latino**	Raza** <i>(Consulte el código abajo)</i>	Número de seguro social <i>(opcional)</i>
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
	28.							

SOLO PARA USO INTERNO Número de integrantes de la familia: _____

** El suministro de información sobre el origen étnico y la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

- Códigos de afiliación racial:
- AI Nativo americano o nativo de Alaska
 - AS Asiático
 - BL Negro o afroamericano
 - HP Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 - WH Blanco

Additional Providers (if applicable)

Provider	If you qualify for Child Care Assistance funded by the New York State Child Care Block Grant, you have the option to choose: center-based or home-based child care. If you choose a provider that is not licensed or registered, the provider must be enrolled as a Legally-Exempt provider. Provide below the name(s) and address(es) of your choice of provider(s). You may list additional choices on an attached sheet.				
	Name: _____	Program # (if applicable): _____	Name: _____	Program #(if applicable): _____	Name: _____ Program #(if applicable): _____
Provider	Address: _____ Address: _____ Address: _____				
	Name: _____	Program # (if applicable): _____	Name: _____	Program #(if applicable): _____	Name: _____ Program #(if applicable): _____
Provider	Address: _____ Address: _____ Address: _____				
	Name: _____	Program # (if applicable): _____	Name: _____	Program #(if applicable): _____	Name: _____ Program #(if applicable): _____
Provider	Address: _____ Address: _____ Address: _____				
	Name: _____	Program # (if applicable): _____	Name: _____	Program #(if applicable): _____	Name: _____ Program #(if applicable): _____
Provider	Address: _____ Address: _____ Address: _____				

Income Notes

Proveedores adicionales (si corresponde)

Proveedor	<p>Si usted califica para recibir ayuda para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado en el hogar. Si elige un proveedor que no tiene licencia o no está registrado, el proveedor debe estar inscrito como proveedor legalmente exento. Escriba abajo los nombres y direcciones de sus proveedores preferidos. Puede mencionar otras opciones en una hoja adjunta.</p> <p>Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>
Proveedor	<p>Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Nombre: _____ N.º de programa (si corresponde): _____ Dirección: _____ Dirección: _____ Dirección: _____</p>

Notas sobre ingresos

Division of Child and Family Well-Being
**Instructions for Completing your Application for
Category 2 Child Care Assistance***

The availability of Child Care Assistance is dependent on funding from the Child Care Block Grant.

Dear Parent(s)/Caretaker(s),

THIS APPLICATION IS USED TO APPLY ONLY FOR CHILD CARE ASSISTANCE AS A CATEGORY 2 FAMILY

If you are applying only for category 2 Child Care Assistance (for families not in receipt of cash assistance), you can use this shorter application. If you want to apply for other benefits such as Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (Food Stamps), Home Energy Assistance, Medicaid or other services, including category 1 Child Care Assistance (for families in receipt of cash assistance), please ask for the New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

By submitting the Application for Child Care Assistance instead of the New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921), you are applying for Child Care Assistance only in category 2, i.e., when funds are available. You are not applying in category 1, guaranteed child care.

The following instructions are provided to assist you in completing your application. When completing your application, please remember to print clearly in block capital letters (A, B, C) using blue or black ink. Alternatively, you may complete the form electronically, save it, and print it.

This Application **must** include supporting documentation such as proof of income, proof of address, and proof of employment.

SEE THE ATTACHED SUBMISSION CHECKLIST (CFWB-012B) FOR ALL REQUIRED DOCUMENTS.

READ BEFORE COMPLETING APPLICATION

- ▶ If you receive preventive or protective child welfare services or you are an employed foster parent you may already be eligible for child care assistance and may not need to complete this application. Ask your case planner to make a referral for Child Care Assistance.
- ▶ If you receive cash assistance (CA), you should contact your Human Resources Administration (HRA) JOB Center for child care assistance.

PLEASE NOTE: If any required fields are left unanswered, the entire application will be considered incomplete.

OFFICE USE ONLY

Gray shaded boxes are for office use only. Please **do not write** anything in these sections.

*Category 1: Families eligible for a child care guarantee – applying for or receiving Cash Assistance (CA), or receiving Child Care Assistance in lieu of CA or receiving transitional child care

Category 2: Families eligible when funds are available

División de Bienestar Infantil y Familiar
**Instrucciones para completar la solicitud de ayuda
para cuidado infantil de categoría 2**

La disponibilidad de la ayuda para cuidado infantil depende de los fondos de la Subvención Global del Cuidado Infantil.

Estimados padres/madres/encargados del cuidado:

ESTA SOLICITUD SE USA PARA SOLICITAR ÚNICAMENTE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DE CATEGORÍA FAMILIAR 2

Si solicita únicamente ayuda para cuidado infantil de categoría 2 (para familias que no reciben ayuda económica), puede usar esta solicitud más breve. Si quiere solicitar otros beneficios, como ayuda económica, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (cupones para alimentos), Asistencia de Energía para el Hogar, Medicaid u otros servicios, incluyendo la ayuda para cuidado infantil de categoría 1 (para familias que reciben ayuda económica), pida la Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921).

Cuando presenta la solicitud de ayuda para cuidado infantil en lugar de la Solicitud para ciertos beneficios y servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921), usted solicita ayuda para cuidado infantil solo en la categoría 2, es decir, cuando hay fondos disponibles. Usted no solicita ayuda para cuidado infantil de categoría 1, cuidado infantil garantizado.

Las siguientes instrucciones se dan para ayudarlo a completar su solicitud. Cuando complete su solicitud, recuerde escribir claramente en letra de molde mayúscula (A, B, C) con tinta azul o negra. De forma alternativa, puede completar el formulario de manera electrónica, guardarlo e imprimirlo.

Con esta solicitud debe incluir documentos de respaldo, como constancia de ingresos, de dirección y de trabajo.

CONSULTE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENVÍO ADJUNTA (CFWB-012B) PARA CONOCER CUÁLES SON TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

LEER ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

- ▶ Si recibe servicios de bienestar infantil de prevención o protección, o es un padre/madre de acogida, es posible que ya sea elegible para recibir ayuda para cuidado infantil y quizás no tenga que completar esta solicitud. Solicítele al asistente social de su caso que le haga una remisión para recibir ayuda para cuidado infantil.
- ▶ Si recibe ayuda económica (CA), debe comunicarse con el Centro de Trabajo de la Administración de Recursos Sociales (HRA) para recibir ayuda para cuidado infantil.

TENGA EN CUENTA: Si algún campo obligatorio se deja sin completar, se considerará que toda la solicitud está incompleta.

SOLO PARA USO INTERNO

Los cuadros sombreados de color gris son solo para uso interno. No escriba nada en estas secciones.

*Categoría 1: Familias que son elegibles para recibir una garantía para cuidado infantil y que solicitan o reciben ayuda económica (CA), que reciben ayuda para cuidado infantil en lugar de CA, o que reciben cuidado infantil de transición.

Categoría 2: Familias elegibles cuando haya fondos disponibles

Please indicate at the top right whether you are submitting a new application, requesting a change of status/recertification, or requesting to reopen your case.

SECTION 1

APPLICANT

The applicant is the adult parent or caretaker requesting care. Unless otherwise noted, this section must contain the following information about the applicant only:

1. Print your Last and First Name, and middle initial. Please put any aliases or maiden names in parentheses.
 2. Indicate your marital status (single, married, divorced or widowed).
 3. Print your Home Address.
 4. Indicate if address is temporary. Check "YES" only if the family is currently living in a homeless shelter, doubled-up with another family, in a hotel/motel, in a car/ bus/ train, in a park/campsite, or other.
 5. Print your Telephone Numbers, including area code – work, home, and cellular/other (if applicable).
 6. Print your e-mail address (optional).
 7. Check "YES" or "No" for Cash Assistance Status. (If you are a CA recipient, you should apply for child care through your Human Resources (HRA) Job Center worker).
 8. Check the box for the language that is spoken most often in your household. If "other," print the name of the language.
 9. Check the box for the language you prefer to communicate in. If "other," print the name of the language.
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-012B) for documentation required for New York City Residency.

SECTION 2A

CHILD(REN) NEEDING CARE

1. Print the last and first name, and middle initial of each child in the household for which you are applying for child care assistance.
 2. For each child in the household, print their relationship to you (e.g. child).
 3. Print the date of birth and check the box indicating the sex for each child listed.
 4. Indicate whether both of the child's parents live in the home.
 5. Check "YES" or "NO" to indicate if each child applying is Hispanic or Latino or not. Providing ethnicity information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.
 6. Fill in the Race column for each child in need of child care. You may choose multiple race categories for a single child. Providing race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency. Please use the codes below.
AI - Native American or Alaskan Native **AS** - Asian **BL** - Black or African American
HP - Native Hawaiian or Pacific Islander **WH** - White
 7. Provide each child's Social Security Number (SSN). You are not required to provide SSNs. They may be used by federal, state, and local agencies to prevent duplication of services and fraud, and for Federal Reporting.
 8. Check "YES" or "NO" to indicate whether the child needing child care has a disability¹. If your child is determined eligible for child care assistance, please go to <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> to obtain a Special Needs Application.
 9. Check "YES" or "NO" to indicate whether the child needing child care is a U.S. citizen, U.S. national or person with satisfactory immigration status.
 10. Attach a separate sheet for additional children (if you are requesting care for more than eight (8) children).
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-012B) for documentation required for citizenship/immigration status only for the child(ren) needing child care.

¹ A child with a disability or special needs is a child incapable of caring for himself or herself and who has been diagnosed by a physician, licensed or certified psychologist or other professional with the appropriate credentials to make such a diagnosis, as having one or more of the following conditions to such a degree that special education or related services are required, in accordance with section 602 of the Individuals with Disabilities Education Act (20 U.S.C. 1401), part C of the Individuals with Disabilities Education Act (20 U.S.C. 1431 et seq.), and section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (29 U.S.C. 794): visual impairment, deafness or other hearing impairment, orthopedic impairment, emotional disturbance, intellectual disability, learning disability, speech impairment, health impairment, autism, multiple disabilities, traumatic brain injury, deaf-blindness, or other health impairment.

En la parte superior derecha, indique si está presentando una solicitud nueva o está solicitando un cambio de categoría o una recertificación o la reapertura de su caso.

SECCIÓN 1

SOLICITANTE

El solicitante es el padre o encargado del cuidado adulto que solicita cuidado. A menos que se indique lo contrario, esta sección solo debe contener la siguiente información del solicitante:

1. Escriba en letra de molde su apellido, nombre e inicial del segundo nombre. Escriba sobrenombres o apellidos de soltera entre paréntesis.
 2. Indique cuál es su estado civil (soltero/a, casado/a, divorciado/a o viudo/a).
 3. Escriba su dirección particular en letra de molde.
 4. Indique si la dirección es temporal. Marque "Sí" solo si la familia actualmente vive en un refugio para personas sin hogar, en una vivienda compartida con otra familia, en un hotel/motel, en un automóvil/autobús/tren, en un parque/campamento o en otro lugar.
 5. Escriba sus números telefónicos, incluyendo el código de área: número de teléfono del trabajo, de la casa, celular u otro (si corresponde).
 6. Escriba su dirección de correo electrónico en letra de molde (opcional).
 7. Marque "Sí" o "No" para el estado de ayuda económica. (Si es beneficiario de ayuda económica [Ca], debe solicitar subsidio para cuidado infantil al trabajador del Centro de Trabajo de la Administración de Recursos Humanos [HRA]).
 8. Marque la casilla que corresponda al idioma que se habla con mayor frecuencia en su hogar. Si la respuesta es "Otro", escriba en letra de molde cuál es el idioma.
 9. Marque la casilla que corresponda al idioma en el que prefiere comunicarse. Si la respuesta es "Otro", escriba en letra de molde cuál es el idioma.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para la residencia de la ciudad de Nueva York.

SECCIÓN 2A

MENORES QUE NECESITAN ATENCIÓN

1. Escriba en letra de molde el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre de cada menor del grupo familiar para el cual solicita ayuda para cuidado infantil.
 2. Por cada niño del grupo familiar, escriba en letra de molde su relación con él (p. ej., hijo).
 3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada menor incluido.
 4. Indique si ambos, padre y madre, del menor viven en el hogar.
 5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada menor para el que solicita ayuda es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.
 6. Complete la columna Raza para cada menor que necesita cuidado infantil. Puede elegir varias categorías de razas para un solo menor. El suministro de información sobre la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia. Use los códigos de abajo.
AI - Nativo americano o de Alaska **AS** - Asiático **BL** - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico **WH** - Blanco
 7. Dé el número del Seguro Social (SSN) de cada menor. No está obligado a dar los SSN. Podrán ser usados por agencias locales, estatales y federales para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para hacer informes federales.
 8. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil tiene una discapacidad¹. Si se determina que su hijo es elegible para recibir ayuda para cuidado infantil, visite <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener una Solicitud de necesidades especiales.
 9. Marque "Sí" o "NO" para indicar si el menor que necesita cuidado infantil es ciudadano o nativo de los Estados Unidos o una persona que tiene un estado migratorio satisfactorio.
 10. Adjunte una hoja separada para incluir menores adicionales (si solicita cuidado para más de ocho [8] menores).
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para la ciudadanía/ el estado migratorio únicamente para los menores que necesitan cuidado infantil.

¹ Un niño con una discapacidad o necesidades especiales es un niño incapaz de cuidar de sí mismo y un médico, psicólogo autorizado o certificado u otro profesional con las credenciales apropiadas para hacer un diagnóstico le han diagnosticado una o más de las siguientes condiciones en la medida tal que se requiere educación especial o servicios relacionados, de acuerdo con el artículo 602 de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (20 U.S.C. 1401), parte C de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (20 U.S.C. 1431 et seq.) y el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794): deficiencia visual, sordera u otra deficiencia auditiva, deficiencia ortopédica, trastornos emocionales, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, deficiencia del habla, deficiencia de la salud, autismo, múltiples discapacidades, lesión cerebral traumática, ceguera-sordera u otra deficiencia de la salud.

SECTION 2B

FAMILY MEMBERS

1. A family member is any other member in your entire household, including children who do not need child care. List yourself first, followed by everyone else who lives with you including child's second parent, caretaker and stepparent if applicable. Caretaker includes legal guardian, caretaker relative or any other person in loco parentis to the child. Print last and first name, and middle initial if applicable.
 2. Print each person's relationship to you (e.g. spouse, partner, grandparent, parent, etc.).
 3. Print the date of birth and check the box indicating the sex for each person in the household.
 4. Print your gender identity. You may provide the word(s) that best describes your gender identity. Your gender identity is how you define and call yourself – whether male, female, a blend of both or neither. Your gender may or may not align with your sex assigned at birth. This is an optional question, and your answer or choice not to answer will not impact your eligibility.
 5. Check "YES" or "NO" to indicate if each member in the household is Hispanic or Latino or not. Providing ethnicity information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.
 6. Fill in the Race column for everyone who lives with you. You may choose multiple race categories for a single person. Providing race information is voluntary and will not affect your eligibility for Child Care Assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency. Please use the codes below.

AI - Native American or Alaskan Native **AS** - Asian **BL** - Black or African American
HP - Native Hawaiian or Pacific Islander **WH** - White
 7. Fill in the Social Security Number (SSN) for your family members. SSN is optional. SSN may be used by federal, state, and local agencies to prevent duplication of services and fraud, and for Federal Reporting.
 8. If there are more than eight (8) household members, attach a separate sheet to list all their information.
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-012B) for documentation required for all children in the household under age 18, regardless if child care is needed for the child, to verify the child's relationship to the parent/applicant and to verify the child's age.

SECTION 3

CHILD/FAMILY NEEDS

1. Please check the appropriate box(es) to indicate your reason(s) for requesting child care assistance.
 - Employment
 - Vocational training, or educational activities
 - Receiving Domestic Violence Services
 - Looking for Work
 - Homelessness
 - Participating in an approved substance abuse treatment program
 2. Check "YES" or "NO" to indicate whether there is a non-custodial parent available to provide child care.
 3. Check the appropriate box to indicate whether a parent is currently active full-time in the U.S. Military. You must check "YES" or "NO" for the application to be complete.
 4. Check the appropriate box to indicate whether a parent is currently a member of a National Guard or Military Reserve Unit. You must check "YES" or "NO" for the application to be complete.
 5. Indicate whether the applicant is receiving and/or applying for child care through a different agency and select the agency.
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-012B) for documentation required for each reason for care. Documentation of military status is not required. An applicant must provide documentation of income received from their military duty.

SECCIÓN 2B

FAMILIARES

1. Un integrante de la familia es cualquier otro integrante de todo su grupo familiar, incluyendo los menores que no necesitan cuidado infantil. Escriba primero la información sobre usted y luego la información de todas las personas que vivan con usted, incluyendo el otro padre, el encargado del cuidado y el padrastro del menor, si corresponde. El encargado del cuidado es un tutor legal, un familiar encargado del cuidado o cualquier otra persona que sustituya al padre/madre del menor. Escriba en letra de molde el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre, si corresponde.
 2. Escriba en letra de molde la relación que usted tiene con cada una de estas personas (p. ej., cónyuge, pareja, abuelo, padre, madre, etc.).
 3. Escriba la fecha de nacimiento y marque la casilla que indica el sexo de cada persona del grupo familiar.
 4. Escriba su identidad de género en letra de molde. Puede dar las palabras que describan mejor su identidad de género. La identidad de género es cómo se define y llama a usted mismo, ya sea hombre, mujer, una mezcla de ambos o ninguno. El género puede alinearse o no con el sexo asignado en el nacimiento. Esta es una pregunta opcional, y su respuesta o elección de no responder no afectará a su elegibilidad.
 5. Marque "Sí" o "No" para indicar si cada miembro del grupo familiar es hispano o latino, o no lo es. El suministro de información sobre el origen étnico es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.
 6. Complete la columna Raza para todas las personas que viven con usted. Puede elegir varias categorías de razas para una sola persona. El suministro de información sobre la raza es voluntario y no afectará a su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil ni la cantidad de ayuda que le dará esta agencia. Use los códigos de abajo.

AI - Nativo americano o de Alaska	AS - Asiático	BL - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	WH - Blanco	
 7. Escriba el número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de los integrantes de su familia. El SSN es opcional. Las agencias locales, estatales y federales podrán usar el SSN para evitar la duplicación de servicios y el fraude, y para hacer informes federales.
 8. Si su grupo familiar tiene más de ocho (8) integrantes, adjunte una hoja separada para detallar toda su información.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para todos los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si el cuidado infantil es necesario para el menor, para verificar la relación de este con el padre/madre/solicitante y comprobar su edad.

SECCIÓN 3

NECESIDADES DEL MENOR/DE LA FAMILIA

1. Marque las casillas correspondientes para indicar los motivos por los que solicita ayuda para cuidado infantil.
 - Empleo
 - Formación vocacional o actividades educativas
 - Recepción de servicios por violencia doméstica
 - Búsqueda de trabajo
 - Indigencia
 - Participación en un programa aprobado de tratamiento para el abuso de sustancias
 2. Marque "Sí" o "NO" para indicar si hay un padre sin custodia disponible para dar cuidado infantil.
 3. Marque la casilla correspondiente para indicar si el padre o la madre presta actualmente servicios a tiempo completo en el Ejército estadounidense. Debe marcar "Sí" o "NO" para que la solicitud se considere completa.
 4. Marque la casilla correspondiente para indicar si el padre o la madre es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de la Unidad de Reserva del Ejército. Debe marcar "Sí" o "NO" para que la solicitud se considere completa.
 5. Indique si el solicitante está recibiendo o solicitando cuidado infantil mediante otra agencia y seleccione la agencia.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para cada motivo de cuidado infantil. La documentación del estado militar no es obligatoria. El solicitante debe dar documentación sobre los ingresos recibidos por su servicio militar.

SECTION 4

EMPLOYMENT

(Complete for each employed parent, caretaker or stepparent in the household if your reason for requesting child care assistance is employment or you are reporting income from employment)

1. Print the applicant's employer name, address, and telephone number.
 2. Print the employment start date.
 3. Check the appropriate box to indicate whether your job has a rotating shift and/or requires overtime.
 4. If applicable, print the employer name, address and telephone number for second parent, caretaker or stepparent in the household.
 5. If applicable, print the employment date of second parent, caretaker or stepparent in the household.
 6. If applicable, check the appropriate box to indicate whether the second parent, caretaker or stepparent in the household has a rotating shift and/or requires overtime.
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-012B) for documentation required for employment.

SECTION 5

WORK/ACTIVITY/TRAVEL TIME SCHEDULE

(Complete for each parent, caretaker or stepparent in the household who is employed or has an educational/vocational activity)

1. Print the typical scheduled work or activity hours for each day of the week. Indicate if hours are AM or PM.
2. If there is a second shift, job, or activity, print the schedule for that activity.
3. If applicable, print the typical scheduled work hours for each day of the week for the second parent, caretaker or stepparent in the household.
4. If the second parent, caretaker, or stepparent in the household has a second shift, job, or activity, print the schedule for that activity.
5. Check the time it takes for the applicant to travel to and from work/activity to provider.
6. Indicate if the applicant uses public transportation to travel to and from work/activity to provider.
7. If applicable, check the time it takes for the second parent, caretaker, or stepparent in the household to travel to and from work/activity to provider.
8. Indicate if the second parent, caretaker or stepparent in the household uses public transportation to travel to and from work/activity to provider.

SECTION 6

INCOME INFORMATION

For this section, answer only items for which you or a household member has earned income. Please include income/benefits information for yourself and any other adult household members including your spouse who lives with you, or an adult who lives with you and with whom you have a least one child in common. Also include any person under the age of 18 who is legally responsible for the child or children for whom child care assistance is sought.

1. Mark () Yes or No for yourself and anyone who lives with you for each kind of income.
 2. For each "Yes" answer, PRINT the dollar (\$) amount or value, how often it is received, and the name of the person who gets the income.
 3. All income must be reported on the application.
 4. If you indicate receipt of cash assistance, you should apply for child care through your HRA Job Center worker.
 5. If you are unsure where to list a type of income, you may include it under "other".
- **DOCUMENTATION:** See checklist (CFWB-12B) for documentation required for income.

SECCIÓN 4

EMPLEO

(Completar por cada padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar que tenga un empleo, si el motivo por el cual solicita ayuda para cuidado infantil es el empleo, o si informa de ingresos provenientes del empleo)

1. Escriba en letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador del solicitante.
 2. Escriba la fecha de inicio del empleo.
 3. Marque la casilla correspondiente para indicar si su trabajo tiene turnos rotativos o requiere horas extras.
 4. Si corresponde, escriba en letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador para el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar.
 5. Si corresponde, escriba la fecha de empleo del otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar.
 6. Si corresponde, marque la casilla correspondiente para indicar si el trabajo del otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene turnos rotativos o requiere horas extras.
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-012B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para el empleo.

SECCIÓN 5

CRONOGRAMA DE TIEMPO DE VIAJE/ACTIVIDAD/TRABAJO

(Completar por cada padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar que tenga un empleo o tenga una actividad educativa/vocacional)

1. Escriba el horario de trabajo o de actividad regular programado para cada día de la semana. Indique si el horario es a. m. o p. m.
2. Si hay un segundo turno, trabajo o actividad, escriba el cronograma de esa actividad.
3. Si corresponde, escriba el horario de trabajo programado típico para cada día de la semana para el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar.
4. Si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar tiene un segundo turno, trabajo o actividad, escriba el cronograma de esa actividad.
5. Marque el tiempo que le lleva al solicitante viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y regresar al trabajo/a la actividad.
6. Indique si el solicitante usa transporte público para viajar desde el trabajo/la actividad hasta el lugar del proveedor y para regresar al trabajo/a la actividad.
7. Si corresponde, marque el tiempo que le lleva al otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar viajar desde el trabajo/la actividad hasta la ubicación del proveedor y regresar al trabajo/a la actividad.
8. Indique si el otro padre, madre, encargado del cuidado, padrastro o madrastra del grupo familiar usa el transporte público para viajar desde el trabajo/la actividad hasta el lugar del proveedor y para regresar al trabajo/a la actividad.

SECCIÓN 6

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Para esta sección, responda solo los puntos en los que usted o un integrante del grupo familiar hayan obtenido ingresos. Incluya los ingresos y beneficios y los de cualquier otro integrante del grupo familiar adulto, incluyendo su cónyuge que vive con usted, o un adulto que vive con usted y con quien usted tiene al menos un hijo en común. Además, incluya a las personas menores de 18 años que sean legalmente responsables de los menores para quienes se solicita la ayuda para cuidado infantil.

1. En cada tipo de ingreso, marque () Sí o No por usted y por cualquier persona que viva con usted.
 2. Por cada respuesta afirmativa, **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** la cantidad o el valor en dólares (\$), la frecuencia con la que se reciben y el nombre de la persona que obtiene los ingresos.
 3. En la solicitud, deben informarse de todos los ingresos.
 4. Si indica la recepción de ayuda económica, debe solicitar cuidado infantil a su trabajador del Centro de Trabajo de la HRA.
 5. Si no está seguro dónde incluir un tipo de ingreso, puede incluir esta información en "Otra".
- **DOCUMENTACIÓN:** Consulte la lista de verificación (CFWB-12B) para conocer cuál es la documentación obligatoria para los ingresos.

SECTION 7

PROVIDER

1. If you qualify for child care assistance funded by the New York State Child Care Block Grant, you have the option to choose center-based or home-based child care.
2. If you know the provider/program where you would like to enroll your child please indicate the name, address, and ACS program number (if applicable).

SECTION 8

CERTIFICATION

Please read the certification section carefully and sign. If the applicant is completing the application for someone else, they must sign their own name. If two-parent household, **both parents must sign the application.**

By signing, you certify that your combined family resources do not exceed \$1,000,000. Examples of family resources are: cash, savings and checking accounts, your home, real estate, cars, stocks, bonds, mutual funds, IRAs, 401(k), annuity, trust fund, life insurance, safe deposit box contents, etc.

SECTION 9

FOR OFFICE USE ONLY

Do not complete this section. Staff who are determining your family's eligibility for care will use this.

VOTER REGISTRATION INFORMATION

The last page of the Application for Child Care Assistance is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, call 311. Applying to register or declining to register to vote will not affect your eligibility for child care assistance or the amount of assistance that you will be given by this agency.

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES INFORMATION

You may obtain information about your Rights and Responsibilities at: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

If you do not have access to the Internet, you can call NYC ACS at (212) 835-7610 to request physical copies of the booklets which highlight your Rights and Responsibilities be mailed to you.

- **LDSS-4148A:** What You Should Know About Your Rights and Responsibilities
- **LDSS-4148B:** What You Should Know About Social Services Programs
- **LDSS-4148C:** What You Should Know If You Have an Emergency

SECCIÓN 7

PROVEEDOR

1. Si usted califica para recibir ayuda para cuidado infantil financiada por la Subvención Global del Cuidado Infantil del Estado de Nueva York, tiene la opción de elegir entre: cuidado infantil dado en un centro o cuidado infantil dado en la casa.
2. Si conoce el proveedor o el programa al que quiere inscribir a su hijo, indique el nombre, la dirección y el número de programa de la ACS (si corresponde).

SECCIÓN 8

CERTIFICACIÓN

Lea la sección de certificación atentamente y fírmela. Si el solicitante completa la solicitud por otra persona, el solicitante debe firmar con su propio nombre. Si el grupo familiar está formado por dos padres/madres, **ambos, deben firmar la solicitud.**

Con su firma certifica que sus recursos familiares combinados no son superiores a \$1,000,000. Algunos ejemplos de recursos familiares son dinero en efectivo, cuentas de ahorro y cuentas corrientes, su vivienda, bienes raíces, automóviles, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas de jubilación individuales (IRA), planes 401(k), anualidades, fondo de fideicomiso, seguro de vida, contenido de cajas de seguridad, etc.

SECCIÓN 9

SOLO PARA USO INTERNO

No complete esta sección. La usará el personal que determinará si su familia es elegible para recibir cuidado.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

La última página de la Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil es una solicitud de registro para votar. Si quiere obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de votantes, llame al 311. Independientemente de si solicita inscribirse para votar o se niega a hacerlo, su elegibilidad para recibir ayuda para cuidado infantil y la cantidad de ayuda que le dará esta agencia no se verán afectadas.

INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Puede obtener información sobre sus derechos y responsabilidades en <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

Si no tiene acceso a Internet, puede llamar a la ACS de la Ciudad de Nueva York al (212) 835-7610 para solicitar que le envíen por correo copias impresas de los folletos en los que se indican sus derechos y responsabilidades.

- **LDSS-4148A:** Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades
- **LDSS-4148B:** Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales
- **LDSS-4148C:** Lo que debe saber en caso de emergencia

Child Care Assistance New Application Submission Checklist

The Application for Child Care Assistance (CFWB-012) must include supporting documentation.
Check to ensure that documentation is provided for each requirement of subsidy eligibility.

1. APPLICATION (CFWB-012)

Ensure all sections are completed, including:

- If two-parent household, both parents signed Military status (Section 3) Travel time (Section 5)

2. NEW YORK CITY RESIDENCY

Copy of **one** of the following:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Driver's License | <input type="radio"/> NYCHA Certificate | <input type="radio"/> Current lease |
| <input type="radio"/> IDNYC | <input type="radio"/> Utility Bill with your current address (e.g. electricity, gas, heating, oil, water, WiFi/internet, cable or landline phone)* | |
| <input type="radio"/> Section 8 Award Letter | <input type="radio"/> Rent or mortgage statement with address* | |
| <input type="radio"/> CFWB-067 Residency Attestation | <input type="radio"/> CFWB-027 Housing Attestation with address listed | |
| <input type="radio"/> Shelter Residency Letter with address listed | <input type="radio"/> Other _____ | |

PLEASE NOTE: If "OTHER" documentation is not satisfactory, ACS will notify applicant.

Documents cannot be expired.

Documents with a * cannot be more than 60 days old.

3. ONLY FOR CHILD(REN) NEEDING CHILD CARE: CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS

Copy of **one** of the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> US Birth Certificate | <input type="radio"/> Alien Registration Card including Permanent Resident or Green Card |
| <input type="radio"/> US Passport Form | <input type="radio"/> FS-240 (Report of Birth Abroad of a U.S. Citizen) |
| <input type="radio"/> Naturalization Certificate | <input type="radio"/> Other _____ |

PLEASE NOTE: If "OTHER" documentation is not satisfactory, ACS will notify applicant.

4. CHILD'S RELATIONSHIP TO PARENT/APPLICANT

Copy of **one** of the following for **all** children in the household under age 18, regardless if child care is needed for the child:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Birth Certificate | <input type="radio"/> Adoption record |
| <input type="radio"/> Baptismal record | <input type="radio"/> Court order for legal guardian with financial responsibility |
| <input type="radio"/> Passport with parent signature | <input type="radio"/> Other (Please complete Caretaker Attestation CFWB-058) |

5. AGE

Copy of **one** of the following for **all** children in the household under age 18, regardless if child care is needed for the child:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Birth Certificate | <input type="radio"/> Adoption record |
| <input type="radio"/> Baptismal record | <input type="radio"/> Alien Registration Card |
| <input type="radio"/> Passport | <input type="radio"/> Official hospital documentation of the child's birth |

Lista de verificación de envío de una nueva solicitud de ayuda para cuidado infantil

La Solicitud de ayuda para cuidado infantil (CFWB-012) debe incluir documentación de respaldo. Asegúrese de dar documentación para cada requisito de elegibilidad del subsidio.

1. SOLICITUD (CFWB-012)

Asegúrese de completar todas las secciones, incluido lo siguiente:

- Si es la vivienda de ambos, padre y madre, ambos deben firmar Estado militar (Sección 3)
- Tiempo de viaje (Sección 5)

2. RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Copia de **uno** de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir Certificado de la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA) Alquiler actual
- Tarjeta de identificación de la ciudad de Nueva York (IDNYC) Factura de servicios públicos con su dirección actual (por ejemplo, electricidad, gas, calefacción, aceite, wifi/Internet, cable o línea de teléfono fija)*
- Carta de adjudicación en la Sección 8 Declaración actual de alquiler o hipoteca con la dirección*
- Verificación de residencia CFWB-067 Verificación de vivienda CFWB-027 con la dirección mencionada
- Carta de residencia en refugio con la dirección mencionada Otro _____

TENGA EN CUENTA: Si la documentación de "OTRO" no es satisfactoria, ACS informará al solicitante.

Los documentos no pueden estar vencidos.

Los documentos con un * no pueden tener más de 60 días de antigüedad.

3. SOLO PARA MENORES QUE NECESITAN CUIDADO INFANTIL: ESTADO MIGRATORIO/CIUDADANÍA

Copia de **uno** de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento estadounidense Tarjeta de registro de extranjeros incluyendo Residente permanente o la Green Card
- Formulario de pasaporte estadounidense FS-240 (Reporte de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de los EE. UU.)
- Certificado de naturalización Otro _____

TENGA EN CUENTA: Si la documentación de "OTRO" no es satisfactoria, ACS informará al solicitante.

4. RELACIÓN DEL MENOR CON EL PADRE/MADRE/SOLICITANTE

Copia de **uno** de los siguientes documentos para todos los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si necesitan cuidado infantil o no:

- Certificado de nacimiento Registro de adopción
- Registro de bautismo Orden judicial para tutor legal con responsabilidad económica
- Pasaporte con la firma del padre/madre Otro (complete la verificación del encargado del cuidado CFWB-058)

5. EDAD

Copia de **uno** de los siguientes documentos para todos los menores del grupo familiar que tengan menos de 18 años, independientemente de si necesitan cuidado infantil o no:

- Certificado de nacimiento Registro de adopción
- Registro de bautismo Tarjeta de Registro de Extranjero
- Pasaporte Documentación oficial del hospital del nacimiento del menor

6. INCOME

All Applicants submitting CFWB-012 must provide documentation of income regardless of reason for care.

If Employed:

- CFWB-015 - Referral to Employer for Employee Income Information

OR

Pay Stubs (Bi-weekly = Every 2 weeks; Semi-monthly = Twice a month)

- Weekly – 4 current, consecutive pay stubs if gross amount is the same
- Weekly – 12 current, consecutive pay stubs if gross varies
- Bi-weekly/Semi-monthly – 2 current, consecutive pay stubs if gross amount is the same
- Bi-weekly/Semi-monthly – 6 current, consecutive pay stub if gross varies

Please go to <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> page for forms and application instructions.

For more information call 311 or 212-835-7610.

If Self-Employed:

- If self-employed for 1 year or more: Submit a current, complete, and signed Form 1040 AND a Schedule 1 (Form 1040) AND one of the following documents, depending on your type of business:
- For Sole Proprietor: Schedule C (Form 1040 and any related Form 1099)
 - For S-Corp and LLC-Corp: Form 1120-S
 - For LLC Partnership: Form 1065
- If self-employed for 1 year or more, but do not have a current Form 1040 due to filing an extension: Submit a complete and signed Form 4868 AND three months of business records maintained for tax purposes.
- If self-employed for less than 1 year: Submit CFWB-031 Self-Employment Income Information Attestation AND three months of business records.
- If self-employed for less than 3 months: Submit CFWB-031 Self-Employment Income Information Attestation AND business records for every month self-employed.

Other Income:

- For SSI, SSD, unemployment benefits, rental income, pensions, annuities, worker's compensation: Submit proof of this income source in the form of a recent check, pay stub or award letter. You do not need to include SSI received by any child in your household. If the amount is the same each month, you must provide one month of documentation. If the amount is different each month, you must provide 3 months of documentation. If you believe the prior 3 months do not represent your typical income from this source, you may submit up to 6 months of documentation. The most recent check, pay stub or award letter must be dated within 30 days of your application submission date.
- For alimony and child support: Submit documentation if you have an agreement, award letter, or copy of checks. If the amount is the same each month, you must provide one month of documentation. If the amount is different each month, you must provide 3 months of documentation. If you believe the prior 3 months do not represent your typical income from this source, you may submit up to 6 months of documentation. The most recent agreement, award letter, or check must be dated within 30 days of your application submission date.

6. INGRESO

Todos los solicitantes que presenten el formulario CFWB-012 deben dar documentación de ingresos independientemente del motivo por el que solicitan cuidado.

Si tiene un empleo:

- Formulario CFWB-015: Referencia para el empleador sobre la información de ingresos del empleado

o

Recibos de sueldo (quincenales= cada 2 semanas; bimensuales = dos veces al mes)

- Semanal: 4 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta es el mismo
- Semanal: 12 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta varía
- Quincenal/Bimensual: 2 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta es el mismo
- Quincenal/Bimensual: 6 comprobantes de pago actuales y consecutivos si la cantidad bruta varía

Visite la página <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud.

Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.

Si es un trabajador independiente:

- Si ha trabajado por cuenta propia por 1 año o más: Presente un Formulario 1040 actualizado, completo y firmado Y una programación 1 (Formulario 1040) Y uno de los siguientes documentos, dependiendo de su tipo de negocio:
- Empresario por cuenta propia: Programación C (Formulario 1040 y cualquier Formulario 1099 relacionado)
 - Para una Corporación S y Corporación LLC: Formulario 1120-S
 - Para colaboraciones LLC: Formulario 1065
- Si ha trabajado por cuenta propia por 1 año o más, pero no tiene un formulario 1040 actual debido a la presentación de una prórroga: Presente un Formulario 4868 completo y firmado Y tres meses de registros del negocio mantenidos con fines fiscales.
- Si ha trabajado por cuenta propia por menos de 1 año: Presente la Verificación de la información de ingresos de trabajador por cuenta propia CFWB-031 Y tres meses de registros del negocio.
- Si ha trabajado por cuenta propia por menos de 3 meses: Presente la Verificación de la información de ingresos de trabajador por cuenta propia CFWB-031 Y registros del negocio por cada mes que ha trabajado por cuenta propia.

Otros ingresos:

- Para SSI, seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSD), beneficios de desempleo, ingresos por el alquiler, pensiones, anualidades, compensación de los trabajadores: Presente una prueba de esta fuente de ingresos en forma de un cheque reciente, talón de pago o carta de aprobación. No es necesario que incluya el SSI que recibe por alguno de los menores en su grupo familiar. Si la cantidad es la misma cada mes, debe presentar un mes de documentación. Si la cantidad es diferente cada mes, debe presentar 3 meses de documentación. Si cree que los 3 meses anteriores no presentan sus ingresos normales de esta fuente, puede presentar hasta 6 meses de documentación. El cheque, talón de pago o carta de aprobación más reciente debe estar fechado en el plazo de 30 días desde la fecha en la que presentó su solicitud.
- Para pensión alimenticia y manutención de menores: Presente la documentación si tiene un acuerdo, una carta de aprobación o copia de los cheques. Si la cantidad es la misma cada mes, debe presentar un mes de documentación. Si la cantidad es diferente cada mes, debe presentar 3 meses de documentación. Si cree que los 3 meses anteriores no presentan sus ingresos normales de esta fuente, puede presentar hasta 6 meses de documentación. El acuerdo, carta de aprobación o cheque más reciente debe estar fechado en el plazo de 30 días desde la fecha en la que presentó su solicitud.

7. REASONS FOR CARE

Applicant must document one of the following reasons for care:

a. **Working minimum of 10 hours per week earning at least minimum wage:**

- See above under income for required documents regarding Employment and / or Self-employment.

b. **Educational/Vocational activity:**

Vocational School, 2 Year College, or 4 Year College (one of the following)

- CFWB-005 with School's stamp
 A letter from the training or educational institution on official letterhead is also acceptable, but must contain all necessary information reflected on the CFWB-005.

c. **Looking for Work (One of the following):**

- CFWB-026 - Work Search Record
 Approved Work Search Plan from the NYS Dept. of Labor
 Proof of receipt of Unemployment Insurance

d. **Homeless (One of the following):**

- Shelter Residency Letter (If living in Shelter, including Humanitarian Emergency Relief Centers) OR
 CFWB-027 Housing Attestation (If living doubled-up, in a place not meant for human habitation, in a hotel/motel, or in another living situation)

e. **Domestic Violence Referral (From Domestic Violence service provider):**

- Referral for services in response to domestic violence

f. **Substance Abuse Treatment Program Referral (From Substance Abuse Treatment service provider):**

- Referral for services to treat substance abuse

Please go to <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> page for forms and application instructions.

For more information call 311 or 212-835-7610.

7. MOTIVOS DE LA ATENCIÓN

El solicitante debe documentar uno de los siguientes motivos del cuidado infantil:

a. Trabajar mínimo 10 horas a la semana ganando al menos el salario mínimo:

- Consulte la sección Ingresos arriba para conocer cuáles son los documentos obligatorios sobre el empleo o el empleo independiente.

b. Actividad educativa/vocacional:

Escuela vocacional, carrera de 2 años o carrera de 4 años (uno de los siguientes)

- Formulario CFWB-005 con el sello de la escuela
- Una carta de la institución de formación o educativa con el membrete oficial también es aceptable, pero debe contener toda la información necesaria reflejada en el formulario CFWB-005

c. Búsqueda de empleo (uno de los siguientes documentos):

- Formulario CFWB-026: Registro de búsqueda de empleo
- Plan de búsqueda de empleo aprobado del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
- Comprobante de recepción del seguro de desempleo

d. Carencia de vivienda (uno de los siguientes documentos):

- Carta de residencia en un refugio (si vive en un refugio, incluyendo Centros de ayuda y respuestas ante emergencias humanitarias) O
- Verificación de vivienda CFWB-027 (Si vive en pareja, en un lugar no destinado a la habitación humana, en un hotel/motel o en otra situación de vivienda)

e. Remisión por violencia doméstica (del proveedor de servicios por violencia doméstica):

- Remisión a servicios por violencia doméstica

f. Remisión al programa de tratamiento de abuso de sustancias (del proveedor del servicio del tratamiento de abuso de sustancias):

- Remisión a servicios para tratar el abuso de sustancias

Visite la página <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> para obtener formularios e instrucciones de solicitud.

Para obtener más información, llame al 311 o al 212-835-7610.

NYCPS FAMILY WELCOME CENTER
333 7TH AVENUE (12TH FLOOR)
NEW YORK, NY 10001



How to Submit Your Application

Please complete the Application for Child Care Assistance (CFWB-012) collect all required documentation to verify family size, residency, income, and reason for care. Make sure to use the application checklist to ensure your application is complete before submitting.

Once complete, please send your application and documentation to the address below for processing:

NYCPS FAMILY WELCOME CENTER
333 7TH AVENUE (12TH FLOOR)
NEW YORK, NY 10001

All documents should be sent by US Postal Service. Documents cannot be sent by Fedex or UPS to a PO Box.

If you have questions about the application, please email us at ccapplication@schools.nyc.gov

NYCPS FAMILY WELCOME CENTER
333 7TH AVENUE (12TH FLOOR)
NEW YORK, NY 10001



Cómo presentar su solicitud

Complete la solicitud de asistencia para cuidado infantil (CFWB-012), junte toda la documentación necesaria para verificar el tamaño de la familia, la residencia, los ingresos y por qué necesita el servicio de cuidado. Use la lista de verificación de la solicitud para asegurarse de que esté completa antes de presentarla.

Una vez completada, envíe su solicitud y documentación a la dirección de abajo para su procesamiento:

NYCPS FAMILY WELCOME CENTER
333 7TH AVENUE (12TH FLOOR)
NEW YORK, NY 10001

Todos los documentos deben enviarse mediante el Servicio Postal de los Estados Unidos. No puede enviar los documentos por FedEx ni UPS a un apartado postal.

Si tiene preguntas sobre la solicitud, envíenos un correo electrónico a ccapplication@schools.nyc.gov



MEMORANDUM

Jess Dannhauser
Commissioner

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

To: All Parents/Guardians Applying for Child Care Assistance

Re: Immigration Status

CERTAIN PROGRAMS REQUIRE PROOF THAT YOUR CHILD NEEDING CHILD CARE IS A U.S. CITIZEN, U.S. NATIONAL OR PERSON WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS.

YOU WILL NOT BE ASKED FOR THE IMMIGRATION STATUS FOR YOURSELF OR ANYONE ELSE IN THE HOUSEHOLD OTHER THAN THE CHILD(REN) IN NEED OF CHILD CARE.

Please visit;
www.nyc.gov/acs

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov



MEMORANDO

Jess Dannhauser
Comisionada

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

Para: Todos los padres/madres/tutores que soliciten ayuda para cuidado infantil

Asunto: Estado de inmigración

CIERTOS PROGRAMAS EXIGEN EVIDENCIA DE QUE EL NIÑO QUE NECESITA CUIDADO INFANTIL ES CIUDADANO O NATIVO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UNA PERSONA QUE TIENE UN ESTADO INMIGRATORIO SATISFACTORIO.

NO SE LE PREGUNTARÁ SU ESTADO INMIGRATORIO NI EL DE NINGUNA OTRA PERSONA DEL GRUPO FAMILIAR, EXCEPTO EL DE LOS NIÑOS QUE NECESITEN CUIDADO INFANTIL.

Visite
www.nyc.gov/acs

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov



New York State Voter Registration Form

Register to vote

With this form, you register to vote in elections in New York State. You can also use this form to:

- change the name or address on your voter registration
- become a member of a political party
- change your party membership
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age

To register you must:

- be a US citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

Send or deliver this form

Fill out the form below and send it to your county's address on the back of this form, or take this form to the office of your County Board of Elections.

This form must be received no later than **10 days before the election** you want to vote in. Your county will notify you that you are registered to vote.

Questions?

Call your County Board of Elections listed on the back of this form or 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY Dial 711)

Find answers or tools on our website www.elections.ny.gov

Verifying your identity

We'll try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you'll fill in below.

If you do not have a DMV or social security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form—be sure to tape the sides of the form closed.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

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 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

বাংলা: আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে গেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নাম্বার কল করুন

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections. Please print in blue or black ink.

Qualifications

1 Are you a citizen of the U.S.? Yes No
If you answer *No*, you cannot register to vote.

A) Will you be 18 years of age or older on or before election day? Yes No
B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? Yes No
If you answer **No** to both of the prior questions, you cannot register to vote.

For board use only

Your name

3 Last name _____ Suffix _____
First name _____ Middle Initial _____

More information

Items 5, 6 & 7 are optional

4 Birth date

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 5 Gender _____
6 Phone _____ 7 Email _____

The address where you live

8 Address (not P.O. box) _____
Apt. Number _____ Zip code _____
City/Town/Village _____
New York State County _____ Select your New York State County _____

The address where you receive mail

Skip if same as above

9 Address or P.O. box _____
P.O. Box _____ Zip code _____
City/Town/Village _____

Voting history

10 Have you voted before? Yes No 11 What year? _____

Voting information that has changed

Skip if this has not changed or you have not voted before

12 Your name was _____
Your address was _____
Your previous state or New York State County was _____

Identification

You must make 1 selection

For questions, please refer to *Verifying your identity* above.

13 New York State DMV number _____
 Last four digits of your Social Security number x x x - x x - _____
 I do not have a New York State driver's license or a Social Security number.

Political party

You must make 1 selection

Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

14 **I wish to enroll in a political party**
 Democratic party
 Republican party
 Conservative party
 Working Families party
 Other _____
I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter
 No party

Affidavit: I swear or affirm that

- I am a citizen of the United States.
- I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.
- I meet all requirements to register to vote in New York State.
- This is my signature or mark in the box below.
- The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.

Optional questions

15 I need to apply for an Absentee ballot.
 I would like to be an Election Day worker.

Sign _____
Date _____

Address and stamp this section

Your address



Place
First-Class
Stamp
Here

Before mailing,
remove tape,
fold and seal

Your County Board of Elections address (select from below)

New York City 32 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 (212) 487-5300	Chenango 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	Franklin 358 West Main St. Ste. 161 Malone, NY 12953 (518) 481-1663	Lewis 7660 N. State St. Lowville, NY 13367 (315) 376-5329	Oneida Union Station 321 Main St. 3rd Fl. Utica, NY 13501 (315) 798-5765	Putnam 25 Old Route 6 Carmel, NY 10512 (845) 808-1300	Schuyler County Office Bldg. 105 9th St., Unit 13 Watkins Glen, NY 14891 (607) 535-8195	Ulster 79 Hurley Ave. Suite 112 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470
Albany 260 S. Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5060	Clinton City Government Ctr. Ste. 104 137 Margaret St. Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4740	Fulton 2714 St. Hwy 29 Ste. 1 Johnstown, NY 12095 (518) 736-5526	Livingston County Govt. Ctr. 6 Court St. Room 104 Geneseo, NY 14454 (585) 243-7090	Onondaga 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 13204 (315) 435-3312	Rensselaer Ned Pattison Government Ctr. 1600 Seventh Ave. Troy, NY 12180 (518) 270-2990	Seneca One DiPronio Dr. Waterloo, NY 13165 (315) 539-1760	Warren Cnty. Municipal Ctr. 3rd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456
Allegany 8 Willets Ave. Belmont, NY 14813 (585) 268-9294	Columbia 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	Genesee County Building #1 15 Main St. Batavia, NY 14020 (585) 815-7804	Madison County Office Bldg. N. Court St. PO Box 666 Wampsville, NY 13163 (315) 366-2231	Ontario 74 Ontario St. Canandaigua, NY 14424 (585) 396-4005	Rockland 11 New Hempstead Rd. New City, NY 10956 (845) 638-5172	Steuben 3 E. Fulleney Sq. Bath, NY 14810 (607) 664-2260	Washington 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180
Broome Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Binghamton, NY 13902 (607) 778-2172	Cortland 112 River St. Suite 1 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	Greene 411 Main St. Ste. 437 Catskill, NY 12414 (518) 719-3550	Monroe 39 Main St. W. Rochester, NY 14614 (585) 753-1550	Orange 75 Webster Ave PO Box 30 Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	St. Lawrence 80 State Hwy 310 Canton, NY 13617 (315) 379-2202	Suffolk Yaphank Ave. PO Box 700 Yaphank, NY 11980 (631) 852-4500	Wayne 7376 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400
Cattaraugus 207 Rock City St. Suite 100 Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	Delaware 97 Main St. Suite 5 Delhi, NY 13753 (607) 832-5321	Hamilton Rte. 8 PO Box 175 Lake Pleasant, NY 12108 (518) 548-4684	Montgomery Old Courthouse 9 Park St. PO Box 1500 Fonda, NY 12068 (518) 853-8180	Orleans 14016 Route 31 West, Ste. 140 Albion, NY 14411 (585) 589-3274	Saratoga 50 W. High St. Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2249	Sullivan Gov't. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (845) 807-0400	Westchester 25 Quarropas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700
Cayuga 157 Genesee St. (Basement) Auburn, NY 13021 (315) 253-1285	Dutchess 112 Delafield Street, Suite 200 Poughkeepsie, NY 12601 (845) 486-2473	Herkimer 109 Mary St. Ste. 1306 Herkimer, NY 13350 (315) 867-1102	Nassau 240 Old Country Rd. 5th Fl. PO Box 9002 Mineola, NY 11001 (516) 571-8883	Oswego 185 E. Seneca St. Box 9 Oswego, NY 13126 (315) 349-8350	Schenectady 2696 Hamburg St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	Tioga 1062 State Rte. 38 PO Box 306 Owego, NY 13827 (607) 687-8261	Wyoming 4 Perry Ave. Warsaw, NY 14569 (585) 786-8931
Chautauque 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4580	Erie 134 W. Eagle St. Buffalo, NY 14202 (716) 858-8891	Jefferson 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	Niagara 111 Main St. Ste. 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	Otsego Ste. 2 140 County Hwy. 33W Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4247	Schoharie County Office Bldg. 284 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	Tompkins Court House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	Yates Ste. 1124 417 Liberty St. Penn Yan, NY 14527 (315) 536-5135

(Optional) Register to donate your organs and tissues

If you would like to be an organ and tissue donor upon your death, you may enroll in the NYS *Donate Life*™ Registry online at www.donatelife.ny.gov or complete the form below.

You will receive a confirmation email or letter, which will also provide you an opportunity to limit your donation.



Last name _____
 First name _____
 Middle Initial _____ Suffix _____
 Address _____
 Apt. Number _____ Zip code _____
 City _____
 Birth date

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

 Eye color _____
 Email _____
 Gender M F
 Height _____ Ft. _____ In.
 DMV or ID NYC # _____

By signing below,
you certify that you are:

- 16 years of age or older;
- consenting to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS *Donate Life*™ Registry for enrollment;
- and authorizing the Registry to give access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

Sign	Date
------	------

Coloque la dirección y el sello en esta sección

Su dirección



Coloque aquí el sello de correos de primera clase

Antes de enviar este formulario por correo, quite la cinta adhesiva, dóblelo y séllelo.

Dirección de la Junta Electoral de su condado (seleccione una de las que figura abajo)

New York City 32 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 (212) 487-5300	Chenango 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	Franklin 355 West Main St. Ste. 161 Malone, NY 12953 (518) 481-1663	Lewis 7660 N. State St. Lowville, NY 13367 (315) 376-5329	Oneida Union Station 321 Main St. 3rd Fl. Utica, NY 13501 (315) 798-5765	Putnam 25 Old Route 6 Carmel, NY 10512 (845) 808-1300	Schuyler County Office Bldg. 105 9th St., Unit 13 Watkins Glen, NY 14891 (607) 535-8195	Ulster 79 Hurley Ave. Suite 112 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470
Albany 260 S. Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5060	Clinton City Government Ctr. Ste. 104 137 Margaret St. Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4740	Fulton 2714 St. Hwy 29 Ste. 1 Johnstown, NY 12095 (518) 736-5526	Livingston County Govt. Ctr. 6 Court St. Room 104 Geneseo, NY 14454 (585) 243-7090	Onondaga 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 13204 (315) 435-3312	Rensselaer Ned Pattison Government Ctr. 1600 Seventh Ave. Troy, NY 12180 (518) 270-2990	Seneca One DiPronio Dr. Waterloo, NY 13165 (315) 539-1760	Warren County Municipal Ctr. 3rd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456
Allegany 8 Villiets Ave. Belmont, NY 14813 (585) 268-9294	Columbia 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	Genesee County Building #1 15 Main St. Batavia, NY 14020 (585) 815-7804	Madison County Office Bldg. N. Court St. PO Box 666 Wampsville, NY 13163 (315) 366-2231	Ontario 74 Ontario St. Canandaigua, NY 14424 (585) 396-4005	Rockland 11 New Hempstead Rd. New City, NY 10956 (845) 638-5172	Steuben 3 E. Pulteney Sq. Bath, NY 14810 (607) 664-2260	Washington 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180
Broome Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Binghamton, NY 13902 (607) 778-2172	Cortland 112 River St. Suite 1 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	Greene 411 Main St. Ste. 437 Catskill, NY 12414 (518) 719-3550	Monroe 39 Main St. W. Rochester, NY 14614 (585) 753-1550	Orange 75 Webster Ave PO Box 30 Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	St. Lawrence 80 State Hwy 310 Canton, NY 13617 (315) 379-2202	Suffolk Yaphank Ave. PO Box 700 Yaphank, NY 11980 (631) 852-4500	Wayne 7376 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400
Cattaraugus 207 Rock City St. Suite 100 Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	Delaware 97 Main St. Suite 5 Delhi, NY 13753 (607) 832-5321	Hamilton Rte. 8 PO Box 175 Lake Pleasant, NY 12108 (518) 548-4684	Montgomery Old Courthouse 9 Park St. PO Box 1500 Fonda, NY 12068 (518) 853-8180	Orleans 14016 Route 31 West, Ste. 140 Albion, NY 14411 (585) 589-3274	Saratoga 50 W. High St. Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2249	Sullivan Gov't. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (845) 807-0400	Westchester 25 Quarropas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700
Cayuga 157 Genesee St. (Basement) Auburn, NY 13021 (315) 253-1285	Dutchess 112 Delfield Street, Suite 200 Poughkeepsie, NY 12601 (845) 486-2473	Herkimer 109 Mary St. Ste. 1306 Herkimer, NY 13350 (315) 867-1102	Nassau 240 Old Country Rd. 5th Fl. PO Box 9002 Mineola, NY 11501 (516) 571-8883	Oswego 185 E. Seneca St. Box 9 Oswego, NY 13126 (315) 349-8350	Schenectady 2696 Hamburg St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	Tioga 1062 State Rte. 38 PO Box 306 Owego, NY 13827 (607) 687-8261	Wyoming 4 Perry Ave. Warsaw, NY 14569 (607) 687-8931
Chautauque 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4580	Erie 134 W. Eagle St. Buffalo, NY 14202 (716) 858-8891	Jefferson 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	Niagara 111 Main St. Ste. 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	Otsego 140 County Hwy. 33W Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4247	Schoharie County Office Bldg. 284 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	Tompkins Court House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	Yates Ste. 1124 417 Liberty St. Penn Yan, NY 14527 (315) 536-5135

(Opcional) Inscribirse para donar órganos o tejidos

Si desea ser donante de órganos o tejidos después de su muerte, puede inscribirse en el Registro *Donate Life*™ del estado de Nueva York por Internet en www.donatelife.ny.gov o completar el formulario de abajo.

Recibirá una carta o un correo electrónico de confirmación que le dará también la posibilidad de limitar su donación.



Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Sufijo

Dirección

N.º de apto.

Código postal

Ciudad

Fecha de nacimiento

MM/DD/AAAA

Color de ojos

Sexo M F

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 otorgar 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 las entidades autorizadas por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Firma

Fecha

NYCPC FAMILY WELCOME CENTER
333 7TH AVENUE (12TH FLOOR)
NEW YORK, NY 10001

Fold this page so address shows through window of enclosed envelope.
Return your documents in this envelope .

Doble esta página de modo que la dirección pueda verse por la ventana del sobre que se adjunta.
Eche sus documentos en el sobre para enviarlos de vuelta.

Plwaye paj sa a pou adrès la ka parèt nan fenèt anvlòp ki fèmèn an.
Retounen dokiman yo nan anvlòp sa a .

Сверните эту страницу таким образом, чтобы адрес был виден через окошко запечатанного конверта.
Верните ваши документы в этом конверте .

請折疊此頁讓所附信封上的透明窗口顯示出地址。
請利用此信封將您的文件寄回。

동봉된 봉투의 주소창에 보이도록 이 페이지를 접습니다.
서류를 이 봉투에 넣어 반송합니다 .

قم بطي هذه الصفحة بحيث يظهر العنوان من فتحة الظرف المرفق.
أعد الوثائق الخاصة بك بهذا الظرف.

