



Solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños de NJ

Información Adicional de Niño(s) *Incluya a cada niño que necesite asistencia para cuidado de niños*

Nombre del solicitante*:	Nombre del cosolicitante:
Número de Seguro Social: - -	Número de Seguro Social: - -
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: / /	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): / /

NIÑO #5	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #6	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #7	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							

NIÑO #8	Apellido*:	Primer nombre*:	Inicial segundo nombre:				
	Número de Seguro Social*:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*:	- -				
	Sexo al nacer*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿El niño es hispano/latino?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	La siguiente información es para fines estadísticos. Marque las que correspondan*: <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
	¿El niño es ciudadano estadounidense o residente legal permanente? *: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, adjunte con su Formulario Suplementario una copia de un certificado de nacimiento de los Estados Unidos o Tarjeta de Seguro Social/Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta Verde))</i>						
	¿El niño tiene una discapacidad documentada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso afirmativo, deberá completar el CC-216 Special Needs Certification Form)</i>						
	Nombre del proveedor de cuidado de niños (si fue seleccionado):						
	Se necesita cuidado:	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
Hora de Inicio:							
Hora de Finalización:							