



Early Childhood Education Care Department (ECECD)



Para solicitar asistencia para el beneficio de ayuda para cuidado de niños, por favor llene la aplicación y mandela al correo electrónico:

ECECD.CCA-North@state.nm.us

Tambien puede registrarse en línea:

Pulltogether.org

Llame gratis: 1 (800) 832-1321

Nuestra Información proveedor es: Rio Grande Educacional Collaborative (RGECD) 6260 Riverside Plaza Lane NW Suite A, Albuquerque NM (505)873-6035

Usted deberá tener la siguiente documentación:

- Talones de sus cheques de pago de un (1) mes
 - (2) Talones de sus cheques de pago si recibe pago cada dos semanas
 - (4) Talones de cheques actuales si recibe pago semanal
- Si empezó un nuevo trabajo: traer un documento firmado por el empleador que indique sus horas, salario, fecha de inicio y número de teléfono
- Verificación de cualquier otros ingresos (manutención de los hijos, SSI, etc.)
- Certificados(s) de nacimiento de los niños
- El horario de clases (Si está en la escuela) -adultos solamente *****NOTA-** Los cursos de post – grado a nivel universitario no son válidos.
- Identificación personal del jefe de familia
- Verificación de lugar de residencia (contrato de renta, cobro de utilidades: agua, luz, etc.)
- **Informacion del proveedor de cuidado de niños** – Guardería: Nombre, dirección y numeros telefónicos
- Si recibe ayuda de TANF deberá obtener de su trabajador social (DWP005)
- **Acuerdo de Participación de Trabajo** para búsqueda de empleo, trabajo voluntario, etc.

Si usted tenía un contrato existente, póngase en contacto con su trabajador social para recertificación. Su trabajador social le dejar saber lo que se necesita para renovar su contrato cuidado de niños



DEPARTAMENTO DE NIÑOS, JOVENES Y FAMILIAS DEL ESTADO DE NUEVO MEXICO
SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS

Fecha: (Mes/Día/Año) _____

SECCION I - Información del Participante

Su Nombre: (Primer Nombre, Inicial, Apellido)		☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separated ☐ Viudo/a	
Dirección Física Línea 1 Línea 2 Ciudad, Estado Código Postal		Dirección de Correo Línea 1 Línea 2 Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono Primario:	Teléfono Secundario:	Preferencia de Idioma:	Sin Hogar? ☐ Si ☐ No
Correo Electronico:		¿Está usted o su cónyuge actualmente en las Fuerzas Armadas? ☐ No ☐ Si, Servicio Activo ☐ Si, Guardia/Reserva	
¿En qué actividades participan los miembros de su hogar? ☐ Trabajo ☐ Educación ☐ TANF- Actividad Aprobada ☐ Programa de Entrenamiento			

SECCION II - Verificación

¿Alguna vez ha recibido asistencia de cuidado de niños en Nuevo Mexico?	☐ Sí ☐ No	Donde?
¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un nombre diferente?	☐ Sí ☐ No	Bajo que nombre/s?

SECCION III - Lista de personas que viven en el hogar, incluyendo a usted mismo, adultos, niños menores de 18 años por los cuales usted es responsable.

Miembros del Hogar	Raza*	Hispano? Si/No	Numero de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Género M/F	Relación con Usted	Tiene el Niño alguna Discapacidad? Si/No

Tipos de Raza: * 1. Indio Nativo o Nativo Americano de Alaska 2. Asiático 3. Afroamericano 4. Nativo de Hawaii o del Pacífico 5. Blanco 6. Otro (Por favor especifique)

SECCION IV - Información sobre empleo e ingresos no ganados

¿Su familia posee bienes que exceden \$ 1,000,000 (un millon de dolares)? ☐ Si ☐ No					
Está recibiendo alguna de las siguientes:					
☐ TANF y / o asistencia del gobierno (ej. VISTA, AmeriCorp, etc.)	☐ Cupones para Alimentos / SNAP	☐ Manutención de los hijos	☐ Efectivo / Regalos / Otros	☐ Beneficios de Seguro Social	☐ Beneficios de Compensación de desempleo

Requisitos de Trabajo/Educación - Trabajo (T), Educación (E)

Nombre	Actividad	Empleador o Instituto de Educación (Nombre, Dirección, numero de teléfono)

SECCION V - Sus derechos y responsabilidades

Por favor: (1) lea cada sección detenidamente; (2) asegurarse de que entiende cada declaración; (3) Si tiene dudas por favor pida aclaración; y (4) Por favor de firmar y fechar en la parte de abajo de la pagina.

ACUERDO DE PROVISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy de acuerdo en proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir beneficios para mí y para quienes estoy solicitando. Yo entiendo que mi número de seguro social no se requiere para recibir los beneficios. Yo entiendo que tengo que demostrar mi elegibilidad y estoy de acuerdo en ello. Doy mi permiso al Departamento de niños, Jóvenes y Familias (CYFD) para ponerse en contacto con personas o entidades que tengan conocimiento de mis circunstancias, para obtener la información necesaria, que yo no pueda proporcionar o verificar.

Entiendo que toda la información dada a CYFD es confidencial y está restringido a los empleados de CYFD que lo necesitan para la administración de los programas para los que he solicitado y que esta información será utilizada únicamente con el propósito de establecer la elegibilidad, la cantidad de beneficios, o para prestación de servicios. Además, entiendo que la información confidencial puede ser revelada a otras organizaciones/agencias que participan en la administración de programas de asistencia federal que proporcionan beneficios de ingresos suplementarios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR CAMBIOS

YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD ES LA BASE PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD para asistencia. Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio que afectan la necesidad de cuidado, que incluyen pero no está limitado a, cualquier cambio no temporal en actividad, o miembros de familia que se mudan dentro o fuera del hogar, dentro de cinco (5) días hábiles después de que el cambio ocurre.

RESPONSABILIDAD DE CO-PAGO

Yo entiendo que el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias harán pago o pago parcial en mi nombre para el cuidado del niño(s) nombrado en el presente documento, a la tasa aprobada por CYFD, el cual esta sujeto a las regulaciones federales aplicables, así como las normas y reglamentos establecido por el Departamento. Entiendo que estoy obligado a pagar a mi proveedor el co-pago establecido en el Contrato de Colocación de cuidado de niños, proporcionado así como el impuesto de ingresos netos si el proveedor decide cobrarme directamente.

VERIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que un representante de CYFD puede llamar o visitar mi casa y puede ponerse en contacto con otras personas con el fin de verificar mi elegibilidad para beneficios. También entiendo que la información que proporciono será sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales, a través de la computadora de compatibilidad con otros organismos, como sistema de verificación de Ingresos del Estado y de Elegibilidad. Yo entiendo que si la información que he reportado resulta ser incorrecta, mis beneficios de cuidado infantil pueden ser negados o terminados y yo puedo estar sujeto a un proceso criminal por proporcionar información incorrecta.

SANCIONES POR FRAUDE

Yo entiendo que voya ser objeto de enjuiciamiento por fraude si a sabiendas proporciono información falsa, incorrecta o incompleta con el fin de obtener, tratar de obtener, o ayudara alguien para que obtenga asistencia de cuidado infantil. Yo entiendo que no proporcionar un número de seguro social o proporcionar números falsos no constituye fraude si es con fines de obtener asistencia de cuidado de niños. Además, entiendo que seré requerido a pagar los beneficios recibidos de manera incorrecta.

AUDIENCIAS JUSTAS

Yo entiendo que yo, o mi representante, puede solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada sobre cualquier aspecto de mi caso y que la petición de una audiencia imparcial debe hacerse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el Departamento tomó medidas que afectan mis beneficios. Yo entiendo que tengo el derecho de examinar, antes de la audiencia, el expediente de mi caso y los documentos utilizados en la determinación. Si elijo continuar recibiendo beneficios en espera del resultado de la audiencia imparcial, se me puede exigir devolver este dinero si la decisión no está en mi favor a menos que el oficial de la audiencia o el Director de la División disponga otra cosa. Para servicios legales gratuitos, contacte a NM Legal Aid (Ayuda Legal de Nuevo México) al numero gratuito 1-833-545-4357.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CIVILES

Entiendo que es ilegal discriminar contra cualquier solicitante beneficiario de cualquier programa administrado por CYFD por motivos de raza, color, sexo, edad, credo religioso, nacionalidad, incapacidad creencias políticas. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central de CYFD, el Departamento de Justicia de EE.UU., o la Comisión de Derechos Civiles en Washington, D.C

Yo entiendo que mi firma abajo verifica que he leído la sección "Derechos y Responsabilidades" completa y que entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente.

Firma: _____

Fecha: _____

SECCION VI - Registro para Votar:

☐

¿SI USTED NO esta registrado para votar en el lugar donde vive ahora, quiere usted registrarse para votar aqui hoy? ☐ Sí ☐ No (Escoja uno)
SI Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si Ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar NO AFECTARA la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

Firma: _____ Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD: Si Ud. decide registrarse o no, la decisión que Ud. tome permanecerá confidencial. SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON su derecho de registrarse para votar o declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrarse, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632).

SECTION VII - Para uso de Oficina solamente

Child Care Assistance Application is	Intake ☐ Re-Certification ☐ Other ☐ _____	Total Monthly \$
Comments:		
Case Work		Date
Child Care Assistance	Pending ☐ Complete ☐ Invalid ☐	

ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Bienvenido al Programa de Asistencia de Cuidado Infantil. Este programa ofrece apoyo a las familias mientras trabajan, asisten a la escuela, o participan en una actividad aprobada o participan en TANF. Usted puede solicitar una copia completa de las regulaciones de asistencia de cuidado infantil (8.15.2 NMAC) en la oficina local o puede obtener una copia en la página web: www.newmexicokids.org.

DERECHOS DEL CLIENTE:

Requisitos para Aplicar. Para determinar si usted es elegible para recibir beneficios de cuidado infantil, usted primero debe de llenar completamente una aplicación y proveer ciertos documentos, incluyendo comprobante de ingresos, comprobante de la edad y la identidad de su hijo. Ver 8.15.2.10 NMAC.

Si usted no proporciona los documentos requeridos con su aplicación, CYFD le mandara una carta en la cual describirá los documentos que usted necesita entregar para completar el proceso de su aplicación. Usted tendrá por lo menos 14 días para entregar estos documentos. Ver 8.15.2.10(A) NMAC.

CYFD debe procesar su aplicación en un periodo de 10 días de trabajo después de haber recibido todos los documentos necesarios. Ver 8.15.2.16 (D) NMAC.

Selección del Proveedor de Cuidado Infantil. Usted tiene el derecho de seleccionar al proveedor de su preferencia. Ver 8.15.2.16 (G) NMAC. Visite la página web www.pulltogether.org o llame a New México Kids Resource y Referral al (505) 277-7900 en Albuquerque o 1- 800-691-9067 para obtener una lista de proveedores de todo el estado de Nuevo México. Si gusta obtener una lista de los requisitos de salud y seguridad que un proveedor debe de seguir puede visitar la página web: www.pulltogether.org. Cualquier duda sobre su proveedor de cuidado infantil incluyendo abuso o negligencia, por favor llame a #SAFE (#7233) desde un teléfono celular o llame al 1-855-333-7233, o comuníquese con su oficina local de cuidado infantil.

Duración de Beneficios. Si usted califica para beneficios, CYFD lo debe aprobar por un periodo de 12 meses, solamente el periodo puede ser menos si usted lo solicita por escrito. Ver 8.15.2.11 (B) NMAC. Usted puede suspender su caso hasta por 3 meses en cualquier momento durante sus 12 meses de elegibilidad en el caso que no necesitara utilizar los beneficios de cuidado infantil. Su proveedor no recibirá ningún pago durante este periodo. Esta solicitud tiene que ser por escrito. Ver 8.15.2.14 (A) NMAC.

Usted continuara elegible para recibir beneficios para el cuidado infantil en el caso que se presente un cambio temporal en su actividad. Cambios temporales son aquellos que duren menos de 3 meses. Un cambio temporal en su actividad incluye: 1) ausencia limitada de trabajo durante periodos cortos por parte de los padres que trabajan, ya sea por razones familiares o por enfermedad 2) interrupción en el trabajo debido a trabajo temporal 3) Vacaciones de escuela o interrupción en actividades de entrenamiento o educativas 4) reducción en horas de trabajo, entrenamiento o horas de educación con la condición que el padre de familia continúe trabajando o asistiendo algún entrenamiento o asistiendo a la escuela. Ver 8.15.2.7 (CC) y 8.15.2.11 (B) (3) NMAC.

En el caso que la pérdida de su actividad se convierta en no temporal se le dará un periodo de gracia por 3 meses con el propósito de asegurar una nueva actividad aprobada. Usted puede continuar usando los beneficios de cuidado infantil durante este tiempo. Si usted no asegura una nueva actividad aprobada para el final del periodo de gracia su caso será cerrado. Ver 8.15.2.14 (B), (C) (1) NMAC.

Quejas. Usted puede pedir hablar con un supervisor si está insatisfecho con el servicio recibido o si tiene alguna pregunta referente a su caso que usted siente que la trabajadora social no le pudo explicar. Usted también puede presentar una queja verbalmente o por escrito en cualquier momento en una de las oficinas de asistencia del cuidado infantil. Ver 8.15.2.23 NMAC.

Confidencial. Su información se mantendrá confidencial y solo será compartida en las siguientes circunstancias: a usted si lo requiere, si alguien tiene una petición por escrito y autorizada por usted, donde la información usada para determinar su elegibilidad para determinar la cantidad de asistencia o para proporcionar asistencia para solicitantes o beneficiarios, agencias o individuos incluyendo oficiales del orden público los cuales deberán cumplir algunas condiciones como su implicación con la agencia o su relación individual con la administración federal de programas de asistencia o solicitar una comparecencia. Ver 8.15.2.25 NMAC.

Declaración de Derechos Civiles. Es contra la ley discriminar contra cualquier solicitante o beneficiario del programa administrado por CYFD por causa de raza, color, sexo, edad, religión, creencias, nacionalidad, incapacidad, o creencias políticas. Quejas de discriminación pueden reportarse a la oficina central de CYFD, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, o la Comisión de Derechos Civiles en Washington, D.C.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Costos para el cliente. Usted puede ser responsable de pagar algunos costos adicionales en situaciones como excursiones, comidas especiales, o cualquier otra situación similar y cualquier otro impuesto a su proveedor. Ver 8.15.2.15 (D) (2), (3) NMAC.

Responsabilidad de Copago. Usted podría ser responsable de pagar una porción del costo del cuidado de su niño, conocido como copago. El copago es determinado por los ingresos familiares y el número de miembros en su familia. El copago por cada niño adicional será determinado a uno y medio del copago por el niño anterior. El copago de cada niño será ajustado basado en el tiempo que el niño este en cuidado infantil. Los clientes pagan copago directamente a su proveedor de cuidado infantil y debe mantenerse al corriente en sus pagos. Si usted no mantiene al corriente su copago que le corresponde podría ser descalificado hasta que el copago sea pagado o tenga un acuerdo de pago con su proveedor para poner su cuenta al corriente. El copago será recalculado al momento de volver a recertificar su caso. Usted puede obtener un horario de copagos en su oficina local de cuidado infantil o visitar la página web www.cyfd.org/child-care-services. Ver 8.15.2.13 NMAC

Usted será responsable de pagar por las horas de cuidado adicionales que se utilicen, pero que no hayan sido autorizadas en el Acuerdo de Cuidado de Niños. Ver 8.15.2.15 NMAC.

Notificación de Cambios. Si usted experimenta un cambio que afecte su necesidad de cuidado de niños, incluyendo un cambio no temporal en su actividad, o algún miembro de su familia se mudó con usted o se salió de su casa, es su responsabilidad notificar a CYFD en el lapso de cinco (5) días. Ver 8.15.2.13 (G) NMAC.

Usted debe de notificar a su proveedor y su trabajadora social por lo menos 14 días antes de cambiar proveedores. Si usted no notifica a CYFD de un cambio de proveedores antes de 14 días antes que el cambio pase usted será responsable de pagar al nuevo proveedor hasta que la fecha final de pago al proveedor anterior llegue a su terminación. Ver 8.15.2.17 (B) NMAC.

Verificaciones. Con su consentimiento, un representante del Departamento podría contactar algunas personas para poder verificar su elegibilidad para recibir beneficios de asistencia de cuidado infantil. La información que usted proporcione será verificada por las oficinas del gobierno federal, estatal y local a través del uso de datos digitales compartidos con otras agencias y también a través de sistema de verificación de Ingresos y Elegibilidad.

Sanciones y Fraude. Proporcionar conscientemente información falsa, omitir información importante, o el mal uso de sus beneficios de asistencia para el cuidado infantil es considerado fraude. Si se llegara a confirmar que usted ha cometido fraude, algunas sanciones serán aplicadas, incluyendo recuperación de pagos recibidos, terminación de beneficios, y también el caso podría ser referido a las autoridades por el departamento. Ver 8.15.2.20 NMAC.

Yo certifico que he recibido, leído, y entendido todos mis derechos y responsabilidades.

Firma del Cliente

Fecha

Buro de Servicios de Cuidado Infantil

Formulario de Pensión de manutención de menores

FAVOR de completar un formulario diferente para cada padre sin custodia

Nombre: _____ Numero de Caso _____ Fecha: _____

Se requiere que todos los clientes que están solicitando o que actualmente reciben asistencia de cuidado infantil proporcionen prueba de ingresos, incluyendo manutención de menores. Cuando uno o ambos de los padres del menor están ausentes, el cliente deberá solicitar manutención del menor(es) a través de la División de Sustento de Menores (CSED) dentro de doce meses de la fecha de la solicitud inicial con el programa de asistencia de cuidado infantil a menos que califique para una excepción. Si el cliente no ha sido aprobado para una excepción para la solicitud a través de la División de Sustento de Menores (CSED) y la solicitud no se completó dentro del tiempo establecido, el caso será cerrado.

Padre(s) sin custodia: _____

Nombre(s) del niño(s): 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

☐ Si, actualmente estoy recibiendo manutención de los hijos. Favor de proporcionar prueba de ingresos. (Si no está recibiendo manutención de menores constantemente, favor de proporcionar la documentación necesaria.)

☐ Estoy recibiendo lo siguiente en lugar de manutención de menores, incluyendo pero no limitado a la vivienda, ropa, comida, transporte y otros fondos. Favor de proporcionar documentación como prueba de manutención de menores incluya cantidad de dinero.

☐ NO, no estoy recibiendo manutención de menores.

☐ Existe preocupación/temor de tener cualquier tipo de contacto con el progenitor no residente por razones de salud o de seguridad para mi familia (Declaración de Buena Causa u otra documentación se deben incluir con esta forma).

☐ Acepto y entiendo la necesidad de solicitar manutención de menores a través de la División de Sustento de Menores (CSED).

☐ He aplicado previamente a través de la División de Sustento de Menores en (fecha) _____ y no tengo cambios pertinentes al estado de mi caso de manutención de menores.

☐ Creo que califico para una excepción a la obligación de solicitar la manutención de menores (Por favor marque las excepciones al requisito de solicitud a través de la División de Sustento de Menores (CSED), como se describe en 8.15.2.13 H NMAC. (Documentación apropiada para verificar las excepciones que se indican debe ser proporcionado con esta forma).

☐ Existe una Buena Causa. Buena Causa puede ser aprobado cuando dicha aplicación no es en el mejor interés del menor y/o de su padre/madre.

☐ Actualmente recibo TANF

☐ Hay un acuerdo de custodia compartida y ninguno de los padres está obligado a pagar manutención del menor

☐ Los derechos del padre/madre han sido terminados

☐ Soy padre de crianza del/los niño(s)

☐ Soy padre adoptivo y puedo proporcionar prueba de adopción como padre/madre soltero(a)

☐ El otro padre está temporalmente fuera de la casa pero aun así se considera parte de la familia

☐ Soy padre adolescente

☐ Soy el(la) abuelo(a) / tutor del niño(s)

☐ El padre del niño(s) ha fallecido

Como es requerido por la ley (32A-4-3), "... toda persona que sabe o tiene una sospecha razonable de que un niño es abusado o descuidado debe informar de ello inmediatamente." Abuso o abandono de menores deben ser reportados al # SAFE (# 7233) de un teléfono celular o llamando al 1-855-333-SAFE.

Firma del Cliente

Fecha

☐ Client is required to apply with CSED

☐ Client is exempt from applying with CSED as listed above

☐ Good cause exists for client not to apply with CSED

☐ Client is currently receiving Child Support as listed above

☐ Client has applied with CSED and currently meets policy requirements

Eligibility Worker Signature _____ Date _____

New Mexico Children, Youth & Families
Department
Early Childhood Services
Child Care Service Bureau

**Child Care Assistance Income Guidelines
April 2020 through March 2021**

Household Size	Annual Poverty Level	100% FPL Monthly	150% FPL Monthly	200% FPL Monthly	250% FPL Monthly
2	\$17,240.00	\$1,436.67	\$2,155.00	\$2,873.33	\$3,591.67
3	\$21,720.00	\$1,810.00	\$2,715.00	\$3,620.00	\$4,525.00
4	\$26,200.00	\$2,183.33	\$3,275.00	\$4,366.67	\$5,458.33
5	\$30,680.00	\$2,556.67	\$3,835.00	\$5,113.33	\$6,391.67
6	\$35,160.00	\$2,930.00	\$4,395.00	\$5,860.00	\$7,325.00
7	\$39,640.00	\$3,303.33	\$4,955.00	\$6,606.67	\$8,258.33
8	\$44,120.00	\$3,676.67	\$5,515.00	\$7,353.33	\$9,191.67
9	\$48,600.00	\$4,050.00	\$6,075.00	\$8,100.00	\$10,125.00
10	\$53,080.00	\$4,423.33	\$6,635.00	\$8,846.67	\$11,058.33
11	\$57,560.00	\$4,796.67	\$7,195.00	\$9,593.33	\$11,991.67
12	\$62,040.00	\$5,170.00	\$7,755.00	\$10,340.00	\$12,925.00
13	\$66,520.00	\$5,543.33	\$8,315.00	\$11,086.67	\$13,858.33
14	\$71,000.00	\$5,916.67	\$8,875.00	\$11,833.33	\$14,791.67
15	\$75,480.00	\$6,290.00	\$9,435.00	\$12,580.00	\$15,725.00
For Each Additional Family Member add	\$4,480.00	\$373.33	\$560.00	\$746.67	\$933.33

Income Poverty Guidelines:

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Child Care Assistance Regulations:

<http://164.64.110.134/parts/title08/08.015.0002.html>

Early Childhood Services/Child Care Services Bureau
3401 Pan American Fwy, NE
Albuquerque, New Mexico 87107
Phone: (505) 841-4801 Fax: (505) 841-4803
Client/Provider Change Report

☐ Client ☐ Provider

Name: _____ Caseworker: _____
Address: _____ Phone #: _____ Date: _____

☐ **Change of Address (Provide Verification) and/or Phone Number: (Effective Date: _____)**
New Address: _____ Zip Code: _____
New Phone Number: _____

☐ **Change of Employment (Verification of Work or a work letter must be attached and/or check stubs with a New Application). Last date of previous employment: _____**
Effective Date of new employment: _____
Employer Name & Phone Number: _____
Employer Address: _____

☐ **Change of Hours (Effective Date: _____)**
(Verification from employer and/or a new school schedule must be attached and/or check stubs and a New Application) Days/Hours needed: _____

☐ **Change of Provider (Effective Date: _____) < Provider must be Registered or Licensed**
Last Date of Attendance: _____ Balance Owed: ☐ No ☐ Yes \$ _____
New Provider Name & Phone Number _____
New Provider Address _____

☐ **Drop** ☐ **Add Child on Child Care Placement Agreement and/or** ☐ **Add a New Household Member**
(New Application required) (Effective Date: _____)
Name of Child: _____ Name of Child: _____
New Household Member and/or Parent: _____
Reason: _____

☐ **Case Closure - Effective Date (last day of attendance): _____**

Comments: _____

Client / Provider Signature: _____ Date: _____

CYFD Office Use Only

Action Taken: ☐ Provider Notification ☐ Client Notification ☐ Narrative ☐ Update FACTS
Worker Comments: _____

Per procedure 8.15.2.13.F Action taken ☐ Yes ☐ No Didn't change the need for care
Didn't benefit the client

Worker Signature _____ Date _____

REPORTING CHANGES

- **Clients MUST report changes that affect the need for care *within (5) business days of the change.*** Examples are:
 - Loss of employment or change in monthly income
 - No longer attending school or change in school hours
 - No longer participating in a work requirement
 - Household members moving in or out
 - Open/Closure of TANF case
 - Change of address/telephone number
- **Providers MUST notify the department within (3) business days after the 5th day of non-attendance, if the child is disenrolled or is absent for (5) consecutive scheduled days.**

CHANGING PROVIDERS

1. Notify your child care assistance caseworker BEFORE change providers.
2. If you are moving your children to a licensed child care program, please provide your caseworker with the provider's name, address and telephone number.
3. If there is a co-pay balance owed to previous provider, new Child Care Placement will not be issued until paid in full and receipt has been submitted.
4. If you are moving your children to a private home, then you and your provider will need to submit the following information before a contract can be issued:
 - ☐ Self-Certification Day Care Home Registration form
 - ☐ Completed Provider Participation Agreement form
 - ☐ Copy of provider's picture ID
 - ☐ Copy of provider's social security card
5. When all required information is received, a contract may be written for your new provider. It may be necessary for you to choose an eligible provider while your selected provider completes the eligibility process. Please note: Child Care Placement Agreements will not begin until both client and provider have been determined as eligible.
6. Return the signed and dated Child Care Placement Agreement

**PAYMENTS WILL NOT BE ISSUED UNTIL ALL STEPS
HAVE BEEN COMPLETED!**