



State of New Jersey

PHILIP D. MURPHY
Governor

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF FAMILY DEVELOPMENT
PO BOX 716
TRENTON, NJ 08625-0716

CAROLE JOHNSON
Commissioner

SHEILA Y. OLIVER
Lt. Governor

NATASHA JOHNSON
Assistant Commissioner

PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY
Formulario de actualización de contacto para el sistema IVR

Número de identificación del caso:

Nombre/apellido del padre/madre/solicitante:

Número de teléfono al que se debe vincular esta tarjeta:

Tipo de teléfono: Teléfono fijo Teléfono celular

Número de identificación de la tarjeta Families First
o de e-Child Care del solicitante (16 dígitos):

Marque la casilla si se necesita
una tarjeta nueva o de reemplazo

Nombre/apellido del otro padre/cosolicitante:

Número de teléfono al que se debe vincular la tarjeta:

Tipo de teléfono: Teléfono fijo Teléfono celular

Número de identificación de la tarjeta Families First
o de e-Child Care del cosolicitante (16 dígitos):

Marque la casilla si se necesita
una tarjeta nueva o de reemplazo

Instrucciones: Solo se pueden emitir tres tarjetas Families First por familia. El solicitante y otras dos personas mayores de 18 años están autorizadas a llevar y recoger a los niños.

Nombre/apellido del representante (sustituto):

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono principal:

Número de identificación de la tarjeta Families First
o de e-Child Care del representante (16 dígitos):

Marque la casilla si se necesita
una tarjeta nueva o de reemplazo

NOTA: Si no hay cosolicitante, se puede agregar un segundo

Nombre/apellido del representante (sustituto):

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono principal:

Número de identificación de la tarjeta Families First
o de e-Child Care del representante (16 dígitos):

Marque la casilla si se necesita
una tarjeta nueva o de reemplazo

**Política**

- El número de usuario autorizado incluido arriba puede llevar a sus hijos al centro de cuidado infantil y recogerlo.
- En ningún caso, el proveedor de cuidado infantil o su personal podrán identificarse como representante ni tener acceso a su tarjeta o PIN.
- Los representantes deben cumplir con las mismas normas del programa e-Child Care.

**Firma del padre/madre/solicitante:**

**Fecha:**

**Firma del solicitante/cosolicitante:**

**Fecha:**

*Envíe este formulario a su agencia de recursos y referencias de cuidado infantil:*