

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar

Nombres de los niños inscritos:		
Nombres de todos los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) * Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si no tiene ingresos
	q	q
	q	q
	q	q
	q	q
	q	q
	q	q

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR] o [State TANF Cash Assistance], anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3.
 nombre: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a [YOUR SCHOOL, HOMELESS LIAISON, MIGRANT COORDINATOR AT PHONE #]
 Desamparado Migrante En fuga

Parte 4. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

A. Nombre (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron			
	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones	2. Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	4. Todos los demás ingresos
(Ejemplo) Ana Cabrera	\$200/semanal	\$150/dos veces al mes	\$100/mensual	\$ /
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * * - _____ No tengo número de Seguro Social

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)	
Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:
q Hispano o latino	Asiático q Amerindio o nativo de Alaska
q Ni hispano ni latino	Blanco q Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
	Negro o afroamericano
No llene esta parte. Es solo para uso oficial.	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: q Week, q Every 2 Weeks, q Twice A Month, q Month, q Year Household size: _____	
Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Tier I ___ Tier II ___	
Reason: _____	
Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)	
Determining Official's Signature: _____ Date: _____	

El participante en la instalación de cuidado diurno podría calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados en este cuadro.

HNP Representative Initials/Date
(for use during CACFP Reviews)

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se

requiere si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social.

Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al

(866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".