|  |
| --- |
| 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 |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
|  | ❑ | ❑ |
| 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)**

**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: |
| ❑ Hispano o latino❑ Ni hispano ni latino | * Asiático ❑ Amerindio o nativo de Alaska
* Blanco ❑ 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 12Total Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirming Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Follow-up 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.**

|  |
| --- |
| 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 Asistance 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 the Secretary of Civil Rights, 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”. |

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD**

**SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de niños)**

**Siga estas instrucciones si su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR:**

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos.

Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro de la unidad familiar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]**.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

**Si solicita en nombre de un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:**

Si todos los niños por los cuales solicita son hijos de crianza, o si solo solicita beneficios para un hijo de crianza:

Parte 1:Liste a todos los hijos de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario tener un número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si algunos de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza.

Parte 1:Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice “No tiene ingresos”. Si el niño es un hijo de crianza, marque la casilla correspondiente.

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

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].** De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

**Columna A – Nombre:** Liste únicamente el primer nombre y el apellido de **cada** persona que viva en su unidad familiar y comparta los ingresos y los gastos, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el ingreso bruto, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

**Casilla 4:** Anote TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD**

**SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de niños)**

LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, entre ellas las que reciben beneficios del programa WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice “No tiene ingresos”.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

**Columna A – Nombre:** Liste únicamente el primer nombre y el apellido de **cada** persona que viva en su unidad familiar y comparta los ingresos y los gastos, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el ingreso bruto, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

**Casilla 4:** Anote TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione.

**Declaración de no discriminación:** Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.