FORMA DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

PARTE 1 – INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS—Requerida para todos los niños en cuidado.

Nombre del niño/a	Fecha de nacimiento	Edad	Marque con un círculo Días normales/ Escriba Horario normal de cuidado	Marque con un círculo Comidas y Snacks que recibe normalmente
			Dom Lun Ma Mie Ju Vie Sáb Horario normal _____ a _____	Desayuno Snack de la mañana Almuerzo Snack de la tarde Cena Snack de la noche
			Dom Lun Ma Mie Ju Vie Sáb Horario normal _____ a _____	Desayuno Snack de la mañana Almuerzo Snack de la tarde Cena Snack de la noche
			Dom Lun Ma Mie Ju Vie Sáb Horario normal _____ a _____	Desayuno Snack de la mañana Almuerzo Snack de la tarde Cena Snack de la noche
			Dom Lun Ma Mie Ju Vie Sáb Horario normal _____ a _____	Desayuno Snack de la mañana Almuerzo Snack de la tarde Cena Snack de la noche

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Marque las casillas que correspondan para ayudar a determinar las otras partes de esta forma que deba completar:

☐ Un miembro de la familia en nuestro grupo familiar recibe Asistencia Alimentaria Programa (FA), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR). (Complete Parte 2 y 5.)

☐ Uno o más de los niños de la Parte 1 es un niño de acogida temporal. (Complete Parte 3 y 5.)

☐ Mi hijo o hijos pueden cumplir con los requisitos para recibir comidas gratis o de precio reducido en base a los ingresos del grupo familiar. (Complete Parte 4 y 5.)

☐ Mi hijo o hijos no cumplirán con los requisitos para recibir comidas gratis o de precio reducido. (Complete solo Parte 5.)

PARTE 2 – MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE FA/TAF/FDPIR—	Número de caso o Número de identificación

PARTE 3 – NIÑOS DE ACOGIDA—Enumere los nombres de cualquier niño mencionado en la Parte 1 que sea de acogida temporal.

PARTE 4 – INGRESOS BRUTOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR DEL MES PASADO—No es necesario si informó un número de caso en la Parte 2.

Enumere los nombres (Nombre y Apellido) de todos los integrantes de su grupo familiar, incluso niños de acogida	Díganos cuánto y con qué frecuencia. Si no tienen ingresos, escriba "0". Use ingresos netos si es trabajador por cuenta propia.															
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Ayuda social, Pensión alimenticia, Manutención de menores	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Jubilación, Pensiones, Seguro Social, Otros	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
1.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
2.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
3.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
4.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
5.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
6.	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

PARTE 5 – FIRMA Y CERTIFICACIÓN—OBLIGATORIO

El miembro adulto del grupo familiar que completa la solicitud debe firmar abajo. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma la forma también debe colocar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SSN) o marcar la casilla si no tiene SSN. *Véase la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta página.*

Si colocó un número de caso en la Parte 2 o está presentando la solicitud en nombre de un niño de acogida, o ha marcado la casilla de que su hijo o hijos no cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis o de precio reducido, los últimos cuatro dígitos del SSN no son necesarios.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se entrega en conexión con la recepción de fondos federales y que funcionarios de CACFP pueden verificar (checar) la información. Estoy consciente de que si a propósito proveo información falsa, el participante o centro puede perder los beneficios de comidas, y me pueden demandar bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del adulto	Fecha de hoy	Aclaración del adulto que firma
X_____	_____	**Número de Seguro Social (SSN) (últimos cuatro dígitos)** XXX-XX- ☐ Marque si no tiene SSN

Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono diurno

PARTE 6 – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Tenemos obligación de pedir información sobre la raza y la etnia de sus niños. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas durante el cuidado.

Etnia (marque una o más): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más): ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico ☐ Blanco

La **Ley nacional de almuerzo en la escuela Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, se pueden ver afectados los fondos que su centro o proveedor de cuidado infantil recibe. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son obligatorios cuando presenta una solicitud en nombre de un niño de acogida temporal o indica el número de caso Programa de Asistencia Alimentaria (FA), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su niño o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar el reembolso de comidas para su centro o proveedor de cuidado infantil. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores de revisiones del programa y oficiales del orden público para ayudarlos a investigar infracciones a reglas de programas.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o defi encias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
fax: (202)690-7442; o
correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

NO COMPLETAR - USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

☐ Child(ren) are categorically free based on FA/TAF/FDPIR.

☐ Homeless, migrant, runaway or head start documentation from school, emergency shelter or agency.

☐ Foster child(ren) have been identified on this form and qualify for the free category.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

☐ Child(ren) on this form who are not categorically eligible qualify as follows:

Check one: ☐ Free
☐ Reduced Price
☐ Paid

Household Size: _____

Total Income: $_____

☐ Annual ☐ Monthly ☐ Twice Per Month
☐ Every Two Weeks ☐ Weekly

X_____ _____
Signature of Determining Official **Today's Date**

X_____ _____
Signature of Confirming Official **Today's Date**

NOT VALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE.
E/IEF Effective Date: If the institution is using the parent/guardian signature date as the effective date, the form must have been signed by the institution representative within the same month the parent signed the form or the immediately following month. If the institution representative does not evaluate and sign the E/IEF within these guidelines, the institution representative's signature date must be used as the effective date.