FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA LOS CENTROS DE NIÑOS

Por favor use lapicero de tinta para completar la solicitud (No escriba en los casilleros grises)

Parte 1. Niños matriculados en el Centro					**Parte 2. Beneficios**
Nombres de todos los niños matriculados (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento Mes, día, año	Edad	Marque si es un **niño de acogida**	Marque si no hay ingreso	Escriba su número de caso si recibe **SNAP** (estampillas de alimento) **FEP, o FDPIR. Salte a parte 4 si cualquiera de estos números son mencionados o si es niños de acogida**
			❑	❑	
			❑	❑	
			❑	❑	
			❑	❑	
			❑	❑	

Parte 2 Cont. Otros miembros del hogar, incluir adultos que reciben SNAP, FEP, FDPIR	# de caso de otros miembros en el hogar (si hay alguno) y pase a la parte 5

Parte 3. Ingreso bruto de su hogar — Listar todos los miembros en el hogar incluir a los niños y sus ingresos. (Escriba todos los otros miembros del hogar incluyendo niños que no están en centro de cuidado y salario y tienen y niños de cuidado infantil si tienen salario.)

1. Nombre de todos otros miembros en el hogar Liste todos los miembros en el hogar y el total de ingresos de cada persona antes de deducciones y todos los miembros del hogar que reciben ingreso. Escriba su primer nombre y apellido. Anote cuantas personas viven en su hogar:_____ Un miembro es cualquier niño o adulto que vivé en el hogar.	**2** **Marque si no hay ingresos**	**3. El Ingreso bruto y la frecuencia** **Por hora, Semanal, Cada 2 semanas (quincenal), Mensual**							
		Ganancias del trabajo antes de deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones , Seguro Social, SSI, VA beneficios		Todos los otros tipos de ingreso	
		Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar la casilla que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Certifico que toda la información en esta aplicación es correcta y verdadera, y que estoy reportando todos nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar los datos en esta solicitud y que una representación deliberadamente errónea de los datos pueden llevarme a juicio bajo leyes federales y estatales. Un adulto debe firmar la solicitud de acuerdo a las leyes federales antes que puedan ser aprobadas.

Firme Aquí: X_____ Nombre deletreado:_____ Fecha:_____

Dirección:_____Teléfono:_____

Número de Seguro Social: * * * * - * * * - ____ ____ ____ ____ ❑ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una identidad étnica	Marque una o más de las identidades raciales (independientemente de su origen étnico)		
❑ Hispano Latino	❑ Asiático	❑ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska	❑ De raza negra o Afro-Americano
❑ No Hispano ni Latino	❑ Blanco	❑ Hawaiano o de otra isla del Pacífico	

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial.

Annual Income Conversion: Hourly x 2080, Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical eligibility: _____ Income eligibility: Free____ Reduced____ Paid ____ Reason (only if paid): _____

Approving Official's Signature: _____ Date of approval: _____

Verifying Official's Signature (optional): _____ Date of approval: _____

Estimados Padres o Guardián: **INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD**

Si su familia recibe Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) beneficios (anteriormente cupones de alimentos), FEP o FDPIR siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba el nombre, edad, y cumpleaños de todos los niños inscritos en el centro de guardería.
Parte 2: Si los niños o adultos reciben SNAP, FEP, o FDPIR escriba el número de caso. Si otra persona en el hogar recibe alguno de estos beneficios listen el nombre y el número de caso de esas personas aunque los niños enlistados no reciban beneficios.
Parte 4: Firmar la forma. Los últimos cuatro números del seguro social no son necesarios.
Parte 5: Conteste esta pregunta si usted decide. No ayuda a determinar si los beneficios están disponibles para todos.

Si usted está solicitando un niño de ACOGIDA, siga estas instrucciones:

Parte 1: Incluir el niño de acogida en la misma aplicación que otros niños de su hogar. Escriba el nombre, edad y fecha de nacimiento e indicar si el niño es de ACOGIDA. Si solamente ha listado a niños de acogida, salte a la parte 4. Si hay otros niños que no son de acogida, siga las instrucciones para los niños que reciben SNAP, FEP, o FDPIR.
Parte 4: Firme la forma. Los últimos cuatro números del seguro social no son necesarios si solamente a enlistado niños de acogida.
Parte 5: Conteste esta pregunta si usted decide. No ayuda a determinar si los beneficios están disponibles para todos.

Todos otros hogares sigan las direcciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre, edad, y cumpleaños de todos los niños inscritos en el centro de guardería. Al lado del nombre de cada niño escriba ingresos recibidos, frecuencia y de donde viene. Si el niño no recibe ingreso marque la casilla. Si el niño es de acogida marque la casilla de niños de acogida.
Parte 3: Siga estas instrucciones pare reportar ingreso de otros miembros en el hogar de mes pasado.
Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y apellido de cada persone que vive en el hogar, parientes o no (come abuelos o amigos), incluya se a usted mismo. Use otra hoja de papel si es necesario.
Columna 2–Marque si no tiene ingreso: Si la persona no tienen ingresos marque la casilla.
Columna 3 –Ingreso bruto del mes pasado y frecuencia. Al lado del nombre de cada persona escriba el tipo de ingreso recibido el mes pasado y frecuencia recibida. Escriba el ingreso bruto (lo que gana no le que lleva a casa), es la cantidad antes de impuestos y otras deducciones.
La cantidad aparecerá en su recibo de pago o su empleador le puede decir. Junto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (por hora, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual). Otros ingresos: (cuarta columna). Desempleo, beneficios, CUALQUIER OTROS INGRESOS, etcétera. Ingreso neto por ser dueño de negocio propio, granja, o ingresos por renta.
Junto a la cantidad, escriba la frecuencia que fue recibida. Si usted vive en casa Militar no incluya el subsidio de vivienda.
Parte 4: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene un número.
Parte 5: Conteste esta pregunta si usted decide. No ayuda a determinar si los beneficios están disponibles para todos

Ley de Privacidad: Esta parte explica como ocuparemos esta forma

El acto nacional del almuerzo de escuela de Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo haces, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto del hogar que firma la aplicación. El número de seguro social no es necesario si usted está aplicando por un niño de crianza o usted está en el programa de ayuda suplemental de la nutrición (SNAP), programa de asistencia temporal para familias con necesidad (TANF) programa de la reservación india (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o si usted indica que el adulto del hogar que firma la aplicación no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esta parte explicara que tiene que hacer si usted cree que a sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Adjudicación, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor de oportunidades y empleo iguales

El Centro puede calificar para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla. Esto permitirá que el centro continúe ofreciendo comidas nutritivas para sus niños

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART
School Year 2012-2013

Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
Each additional person:	7,067	589	136