

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD POR INGRESO

PARTE 1: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS- Requerido para todos los niños bajo cuidado				
Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento	Edad	Marque las casillas correspondientes a los días normales/ Escriba en letra de molde los horarios normales de cuidado	Marque las casillas correspondientes a las comidas recibidas normalmente
			<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Miér <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb Horarios normales _____ a _____	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado a.m. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado noche
			<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Miér <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb Horarios normales _____ a _____	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado a.m. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado noche
			<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Miér <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb Horarios normales _____ a _____	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado a.m. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado noche

ELEGIBILIDAD POR INGRESO

Por favor, marque las casillas que se aplican para determinar las demás partes de este formulario para completar:

- Un miembro de la familia recibe beneficios del Basic Food, TANF o FDIPIR. (Por favor llene la Parte 2 y 5.)
- Uno o más de los niños en la parte 1 es un hijo de crianza (por favor llene la parte 3 y 5)
- Mi(s) hijo(s) puede(n) calificar para obtener comidas gratis o con precios reducidos con base en el ingreso familiar. (Por favor llene la Parte 4 y 5.)
- Mi(s) hijo(s) no calificará(n) para obtener comidas gratis o con precios reducidos. (Por favor llene la Parte 5 únicamente.)

PARTE 2: MIEMBROS DEL HOGAR QUE RECIBEN BASIC FOOD, TANF O FDIPIR-Sólo un miembro del hogar que recibe beneficios debe estar inscrito para establecer la elegibilidad para todos los niños en el hogar		
Nombre del niño(a)	Marque uno	Número del caso o número de identificación
	<input type="checkbox"/> Basic Food <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> FDIPIR	

PARTE 3: HIJOS DE CRIANZA: Lista de los nombres de los niños incluidos en Parte 1 que son niños de crianza	

PARTE 4: INGRESO TOTAL FAMILIAR DEL MES ANTERIOR: No se necesita si usted mencionó un número de caso en la Parte 2				
Enumere los nombres (nombre y apellido) de todos los miembros de su familia incluyendo hijos de crianza	Ingreso bruto del mes anterior (si no hubo, escriba "0") (o los ingresos netos, si tiene su propio negocio)			
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Pensión alimenticia, manutención de niños	Jubilación, pensiones, Seguro Social	Segundo trabajo o cualquier otro ingreso
Jane Smith (Ejemplo)	\$1000/mensual	\$300/mensual		\$100/semanal
1.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
5.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /

PARTE 5: FIRMA Y CERTIFICACIÓN-REQUERIDO			
<p>El adulto miembro de la familia que llena la solicitud debe firmar a continuación. Si la Parte 4 esta llena, el adulto que firma el formulario debe también detallar su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad al reverso de esta página.) Si usted ha detallado un número de caso en la Parte 2, está solicitando para un hijo de crianza o ha marcado la casilla de que su hijo(s) no calificará para obtener comidas gratis o con precios reducidos, los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.</p> <p>Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se está dando para recibir fondos federales; que los oficiales de la institución pueden verificar la información de la solicitud y que la representación falsa deliberada de la información me puede sujetar a procesamiento bajo las leyes del estado y federales.</p>			
Firma del adulto	Fecha	Nombre en letra de molde del adulto que firma	<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social
		Número de Seguro Social-últimos cuatro dígitos XXX-XX-	
Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal		Numero deTeléfono durante el día

PARTE 6: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS; No se requiere que responda a esta parte.

Marque la categoría étnica y racial de su hijo. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciben beneficios de manera justa.

Grupo étnico:

- Hispano o latino
 No hispano o latino

Ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Raza:

- Blanco
 Negro o afro Americano
 Asiático
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 Hawaiano o de las Islas del Pacífico
 Mestizo

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 Basic Food, 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.

SOLAMENTE PARA USO DEL CENTRO

- Niño(s) son categóricamente gratis basada en Basic Food TANF FDPIR
 Hijo(s) de crianza an sido identificados en este formulario y califican en la categoría gratis

Comparación del ingreso anual: Semanal X 52, Cada dos Semanas X 26, Dos Veces al Mes X 24 Mensual X 12

Niño(s) en este formulario que no son categóricamente elegibles califican de la siguiente manera:

- Maque una: Gratis
 Precio Reducido
 Arriba de la Escala

Total de Ingreso: \$ _____
 Annual Mensual Dos Veces al Mes
 Cada dos Semanas Semanal

Firma del Representante de la Institución

Fecha

No es válido sin la firma y fecha.

Fecha Efectiva del EIEA: Si la institución está utilizando la fecha de firma del padre o guardian como la fecha de vigencia, el formulario se debe haber firmado por el representante de la institución dentro de ese mismo mes que el padre ha firmado el formulario o el mes inmediato siguiente. Si el representante de la institución no evalua y firma el EIEA dentro de estas pautas, la fecha de firma del representante de la institución debe utilizarse como la fecha de vigencia.