

CACFP Elegibilidad de ingresos para beneficios de alimentos (cuidado infantil)

Complete solo una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

APLIQUE POR INTERNET:

Ingrese URL Aquí

PASO 1 Liste a TODOS los niños que van a la guardería (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Definición de Miembro del hogar: Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están vinculados."

Los niños de acogida temporal (foster) y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar, Migrante o Fugitivo son elegibles para recibir alimentos gratuitos.

Primer nombre del niño	Inicial	Apellido del niño

Acogido (Foster)	Migrante	Fugitivo	Sin hogar	Head Start
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todos los que aplican

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIPIR?

NO > Vaya al PASO 3 Sí > Escriba el número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3) **Número de caso:** Escriba solo un número de caso en este espacio

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió 'Sí' al PASO 2)

¿No sabe que ingreso incluir aquí?

Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla de "Fuentes de ingresos de los niños" lo ayudará con la sección de Ingresos de los niños.

El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección de Todos los Miembros Adultos del hogar.

A. Ingreso del niño

A veces los niños ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1 de este formulario.

Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar listado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente, solamente redondeando a dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja en blanco cualquier espacio, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos para informar.

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer nombre y Apellido)	Ingresos del trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia Pública Pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones / Jubilación Todos los demás ingresos	¿Frecuencia?					
		Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes		Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes		Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes		
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																

Número total de miembros del hogar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar X X X X X

Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 Información de Contacto y firma de un adulto ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA A:

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares podrían verificar la información. Soy consciente de que, si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de los alimentos, y puedo ser demandado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre impreso del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal
		Teléfono / Correo electrónico

Fuentes de ingreso de los niños	
Fuentes de ingreso de los niños	Ejemplos
Ingresos del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un salario o sueldo
Seguro Social - Pagos por Discapacidad - Beneficios del sobreviviente	<ul style="list-style-type: none"> Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social Un padre es discapacitado, jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
Ingresos de una persona fuera del hogar	<ul style="list-style-type: none"> Un amigo o miembro de la familia le da regularmente dinero para gastar al niño
Ingresos de cualquier otra fuente	<ul style="list-style-type: none"> Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de Ingreso de los Adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia Pública / Manutención / Pensión Alimenticia	Pensión / Jubilación / Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, ingresos, bonos en efectivo Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (granja o negocio) <p>Si está en el ejército de los EE. UU:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o asignación de viviendas privatizadas) Asignación por viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta) 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo Compensación al trabajador Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pagos de manutención infantil Pagos de pensión alimenticia Beneficios de los veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro social (incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios de enfermedad pulmonar (Black lung)) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios Anualidades Ingreso de inversión Intereses ganados Ingresos de alquiler Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar.

OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de los niños. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos al servicio de nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para recibir alimentos gratuitos o de precio reducido.

Origen étnico (marque uno) Hipsano o Latino Ni Hispano ni Latino

Raza (marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico Blanco

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del

habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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
EMAIL: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

***Solo use esta dirección si está presentando un reclamo por discriminación**

NO COMPLETE Para uso oficial solamente

Conversión de los Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, 2 veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total	¿Frecuencia?				# de Integrantes en el hogar	Elegibilidad		
<input type="text"/>	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes	<input type="text"/>	Gratis	Reducido	Rechazado
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elegibilidad Categórica <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Firma del oficial que toma la decisión	Fecha				Firma del oficial que constata	Fecha	Firma del oficial que verifica	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>