

**2019 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS
FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD
(CACFP Eligibility Application)**

NOMBRE(S) Y EDAD(ES) DEL PARTICIPANTE(S): _____ ; _____ ; _____ ; _____
(Nombre) (Edad) (Nombre) (Edad)

OPCIONAL: IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA DEL PARTICIPANTE

Marque una identidad étnica:

Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino

Marque una o más identidades raciales:

Amerindio o nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco

Información de Matriculación

Marque (✓) por cada día que el participante es matriculado, horas, y el tipo de comida servida:

LOS DÍAS DEL CUIDADO: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

LAS HORAS DEL CUIDADO: _____ - _____
Turno Alternativo (Si es Pertinente) _____ - _____

TIPO DE COMIDA SERVIDA: DESAYUNO SUPLEMENTO DE MAÑANA ALMUERZO SUPLEMENTO DE TARDE CENA

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS NIÑOS SOLAMENTE

OPCIÓN 1A: BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o *Cupones para alimentos*), Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

Si está recibiendo SNAP, TANF o FDPIR para su hijo, anota UNO de los números del caso.

Número de caso de SNAP: _____ -O- **Número de caso de TANF:** _____ -O- **Número de caso de FDPIR:** _____

OPCIÓN 1B: HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL)

Si está aplicando para un hijo de crianza, marque la caja abajo. Por favor, escribe el monto de ingresos para "uso personal" (como por ejemplo ropa, honorario de la escuela, etc.) que el niño recibió el mes pasado.

HIJO DE CRIANZA **INGRESOS \$** _____

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS ADULTOS SOLAMENTE

OPCIÓN 2: BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o *cupones para alimentos*), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), Ingreso de Seguro Social (SSI) o Beneficios de Medicaid.

Si está recibiendo SNAP, FDPIR, ingreso de seguro social, o Medicaid, anota UNO de los números del caso:

Número de caso de SNAP: _____ -O- **de FDPIR:** _____ -O- **de SSI:** _____ -O- **de Medicaid:** _____

OPCIÓN 3: ELIGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR - COMPLETE ESTA PARTE SI NO COMPLETÓ OPCIÓN 1A, OPCIÓN 1B, OR OPCIÓN 2

Anota la siguiente información: Miembros de la unidad familiar, número de seguro social, e ingresos mensuales.

INGRESO MENSUAL (Anota una columna o más - antes de las deducciones)

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (Pariente o Sin Parentesco)	INGRESO MENSUAL (Anota una columna o más - antes de las deducciones)				
	INGRESOS MENSUALES (Bruto) POR TRABAJO	MENSUALES SEGURO SOCIAL PENSIONES JUBILACIÓN	MENSUALES COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	MENSUALES ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN PARA HIJOS PENSIÓN ALIMENTICIA	INGRESOS POR UN SEGUNDO TRABAJO O CUALQUIER OTRO INGRESO MENSUAL
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$
7.	\$	\$	\$	\$	\$
8.	\$	\$	\$	\$	\$
9.	\$	\$	\$	\$	\$
10.	\$	\$	\$	\$	\$

NUMERO ACTUAL DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR: (INCLUYENDO EL PARTICIPANTE): _____

\$ _____

INGRESO ACTUAL (Total): _____

FIRMA DE ADULTO y LOS ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL: (Lee la Declaración de Privacidad abajo)

Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar y poner la fecha abajo. También anota los últimos cuatro dígitos del número de seguro social. Si usted no tiene un número de seguro social, marque la caja (X) - "No tengo un número de seguro social".

LAS CONSECUENCIAS DE MALA REPRESENTACIÓN: Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que toda la información de cupones para alimentos, ingresos de seguro social, número de Medicaid, e ingresos es verdadera y que declaré todos los ingresos. Comprendo que el centro del proveedor 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. *Un Miembro Adulto de la Unidad Familiar debe firmar esta parte:*

Firma: _____ Dirección: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha: _____ Numero de Teléfono: _____

Los últimos cuatro (4) dígitos de seguro social: X X X - X X - _____ No tengo número de Seguro Social

Declaración de Privacidad: 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 provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), 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 su 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.

**NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO OFICIAL.
TO BE COMPLETED BY DAY CARE AGENCY ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Determination: Free _____ Reduced _____ Paid _____

Signature of Determining Official: _____ Date: _____

TOTAL MONTHLY INCOME \$ _____

*Conversion factors to figure monthly income: Weekly x 4.33
Twice a month x 2
Every 2 weeks x 2.15*