

**Programa de Alimentación de Niños y Adultos
CUIDADO DIURNO INFANTIL EN FAMILIA
2021 Formulario de Elegibilidad**

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____
 NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

OPCIÓN 1A: BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP) O TANF

Si está recibiendo cupones de alimentos (SNAP) o TANF para su hijo, anota uno de los números del caso:

Número de caso de SNAP: _____ O Número de caso de TANF: _____

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 y escribe el monto de ingresos para "uso personal" (como por ejemplo ropa, honorario de la escuela, etc.)

HIJO DE CRIANZA INGRESOS \$ _____ ¿CON CUAL FRECUENCIA ESTA RECIBIDO?

OPCIÓN 2: LOS PROGRAMAS ESTATALES O FEDERALES QUE CUMPLEN CRITERIOS DE INGRESO

Si este es su caso, completar y firmar la siguiente declaración.

NOMBRE DE PROGRAMA: _____ NÚMERO DE CASO: _____

OPCIÓN 3: ELIGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR

Complete esta parte si no completo opción 1 A-B y 2: Miembros de la unidad familiar, número de seguro social, e ingresos mensuales.

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (No incluye hijos de crianza)	INGRESO MENSUAL (Antes de las deducciones)			COMPLETE UNA O MAS	
	INGRESOS MENSUALES (Bruto) POR TRABAJO	MENSUALES SEGURO SOCIAL PENSIONES JUBILACIÓN	MENSUALES COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	MENSUALES ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN PARA HIJOS PENSIÓN ALIMENTICIA(A)	MENSUALES OTRO INGRESO
1.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6.	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

NUMERO ACTUAL DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR: _____
(Incluyendo el participante)

INGRESO ACTUAL (Total): \$ _____

FIRMA DE ADULTO y LOS ULTIMOS CUATRO DEGITOS 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 - "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: _____ (Firma de un Miembro Adulto de la Unidad Familiar) _____ (Dirección del Hogar)
 _____ (Nombre en letra de imprenta) _____ (Dirección del Hogar)

Los últimos cuatro (4) dígitos de seguro social: ** ** - ** ** - _____ (Fecha) _____ (Número de Teléfono) _____ (Número de Teléfono de Trabajo)

No tengo número de Seguro Social

IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA DEL PARTICIPANTE: (Opcional)

TOTAL	ÉTNICA:		RAZA:				
	Hispano o Latino	Ni Hispano ni Latino	Amerindio o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	Blanco
LOS PARTICIPANTES							
ZONA GEOGRÁFICA							

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 so 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 LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA.

Check if This Application is for the Provider's Own Child

DETERMINATION:
 Eligible =(Tier 1) : Ineligible =(Tier II)

CLASSIFICATION OF HOME:
 (Complete this section if the application is for the Provider)

TIER I: A (School Data) B (Census) C (Income Data)
 TIER II: L (Low Rates) M (Mixed Rates)

Name of Determining Official: _____ (Print Name) _____ (Signature) _____ / _____ / _____ (Date)