

Estimado Padre o Tutor:

Nuestro centro ha obtenido la aprobación para participar en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés). El CACFP le reembolsa al centro el costo parcial de las comidas. La participación en el CACFP nos permite mantener nuestras tarifas más bajas y también servir comidas nutritivas a los niños de nuestro programa.

El padre/tutor debe completar las Partes 1 y 4 y una de las opciones siguientes: Parte 2, Parte 3A o Parte 3B para determinar el monto de fondos del CACFP que el centro será elegible para recibir. Este formulario será colocado en nuestros archivos y tratado como información confidencial. **Nota: no se debe utilizar líquido corrector o tachaduras. Si hay un error, haga una cruz, corrija e inicialice.**

Parte 1 PARA LA INSCRIPCIÓN DE NIÑO:

- **NOMBRE DEL NIÑO:** Liste el primer nombre y apellido de todos los niños inscritos en este centro.
- **FECHA DE NACIMIENTO:** Liste la fecha de nacimiento de cada niño.
- **HORARIOS Y DÍAS DE CUIDADO y COMIDAS SERVIDAS:** Liste los horarios regulares de cuidado para cada niño listando su fecha de llegada y de partida, marque cada día que el niño estará bajo cuidado y marque cada tipo de comida recibida mientras está bajo cuidado.
- **ETNIA/RAZA:** Utilizando los códigos proporcionados, ingrese los códigos para etnia y raza.
- **NIÑO EN CUIDADO SUSTITUTO:** Si el niño es un niño cuidado sustituto (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o la corte), por favor marque la casilla.

Parte 2 PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FAP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

- Complete las Partes 1, 2 y 4 al dorso.
- Proporcione el nombre y número de caso para el programa del cual se reciben los beneficios.

Parte 3A PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE EXCEDE LAS PAUTAS DE INGRESOS LISTADAS EN EL GRÁFICO ABAJO:

- Complete las Partes 1, 3A y 4 al dorso.

PARA CALCULAR LOS INGRESOS ANUALES

Ingresos Semanales X 52 + Ingresos Cada 2 Semanas X 26 + Ingresos Quincenales X 12 + Ingresos Mensuales X 12

Tamaño del Grupo Familiar:	1	2	3	4	5	6	7	Cada Miembro Adicional de la Familia
Ingresos Anuales:	\$21,590	\$29,101	\$36,612	\$44,123	\$51,634	\$59,145	\$66,656	+ \$7,511

Parte 3 B PARA TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES:

- Complete las Partes 1, 3B y 4 al dorso utilizando la información adicional abajo.
- **NOMBRES DEL GRUPO FAMILIAR:** Escriba los nombres de todas las personas en su grupo familiar que no estén listados en la Parte 1. Inclúyase a usted y a todos los otros niños, a su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas sin parentesco en su grupo familiar. Utilice una hoja de papel por separado si no tiene espacio suficiente.
- **INGRESOS BRUTOS PREVIO A DEDUCCIONES:** Escriba el monto de los ingresos que cada persona recibe en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) apropiada(s): Ganancias del Trabajo, Bienestar/Manutención de Niño/Pensión Alimentaria, Pensiones/Jubilación/Seguro Social u Otros Ingresos (consulte la lista más abajo). Al lado del monto de ingresos escriba con qué frecuencia recibe el ingreso. Ingresos son todo el dinero previo a que sean deducidos los impuestos o cualquier otra cosa. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de ingresos cero.
Otros Ingresos: beneficios de huelga, compensación por desempleo, compensación del trabajador, beneficios por discapacidad, interés/dividendos, retiro en efectivo de los ahorros, ingresos provenientes de bienes/fideicomiso/inversiones, ingresos por regalías/rentas vitalicias/rentas, y contribuciones periódicas de personas que no viven en el grupo familiar.
- **NIÑOS EN CUIDADO SUSTITUTO:** Liste cualquier ingreso personal recibido por el niño en cuidado sustituto bajo la Parte 3B. Ingresos personales son (a) dinero proporcionado para el uso personal del niño, como ser ropa, tarifas escolares y subsidios y (b) todo otro dinero que el niño obtenga, como ser dinero proveniente de su familia.
- **BENEFICIOS DE VIVIENDAS MILITARES:** Informe el subsidio por vivienda fuera de la base como ingreso. Si la vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.
- **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** Informe los ingresos provenientes de emprendimientos comerciales menos los costos operativos para obtener los ingresos netos. Las pérdidas que resultan del emprendimiento no pueden ser deducidas de ingresos positivos ganados en otro empleo. El menor ingreso posible es cero.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba los cuatro (4) últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. Si el miembro adulto del grupo familiar no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solo para el uso de CACFP y es obligatoria.

Parte 4 FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Firme y coloque la fecha en la solicitud. El formulario debe ser firmado por el padre o tutor.
- Complete la información de contacto - nombre, domicilio, número de teléfono e información del empleador.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación bajo el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA LOS CENTROS DE CUIDADO DE NIÑO
1 DE JULIO DE 2014 HASTA 30 DE JUNIO DE 2015**

Parte 1. INSCRIPCIÓN DE NIÑO: Complete la información más abajo para todos los niños bajo cuidado. Si el niño es un niño en cuidado sustituto (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o la corte), por favor marque la casilla.

Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Horarios de Cuidado		Días Regulares de Cuidado							Comidas Servidas Durante el Cuidado					Etnia/Raza*		Niño en Cuidado Sustituto	
		Hora de Llegada	Hora de Partida	L	M	M	J	V	S	D	D	A	A	P	C	N	Etnia		Raza
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>

*Etnia (seleccione una): H=Hispano o Latino o N=No Hispano o Latino

*Raza (seleccione una o más): B= Blanca N=Negra o Afro Americana, I=Indio Americana o Nativa de Alaska, A=Asiática o P=Nativa de Hawai u otra Isla del Pacífico

Parte 2. GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FAP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS): Complete las Partes 1, 2 y 4.

Nombre del Programa: _____ Número de Caso _____

Parte 3A. GRUPOS FAMILIARES QUE EXCEDEN LAS PAUTAS DE INGRESOS: Complete Partes 1, 3A y 4.

Si los ingresos de su familia exceden las pautas de ingresos (listadas al dorso), marque esta casilla

Parte 3B. TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES - Si usted no tiene un número de caso para FAP, TAF, o FDPIR: Complete Partes 1, 3B y 4.

Liste los Nombres de Todos los Miembros del Grupo Familiar no listados en la Parte 1	INGRESOS BRUTOS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para quienes Trabajan por Cuenta Propia) S=Semanalmente 2S=Cada 2 semanas Q =Quincenalmente M= Mensualmente A=Anualmente								Marque Si Tiene ingreso CERO
	Ganancias provenientes del Trabajo		Bienestar, Manutención de Niño, Pensión Alimentaria		Pensiones, Jubilación, Seguridad Social		Todos los Otros Ingresos		
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	S	\$150	Q	\$100	M			<input type="checkbox"/>
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>
6									<input type="checkbox"/>

Número de Seguro Social del Miembro del Grupo Familiar que firma el formulario:

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social: XXX- XX - _____ Si usted no tiene un Número de Seguro Social, marque esta casilla

Declaración de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. El número de seguro social no es obligatorio cuando usted realiza la solicitud en nombre de un niño en cuidado sustituto o lista un número de caso de un Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) para su niño u otro identificador (FDPIR) o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del CACFP.

Parte 4. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que sean reportados todos los ingresos. Comprendo que el establecimiento recibirá los fondos Federales en base la información que yo proporcione. Comprendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar la información. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa, el participante que recibe las comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo podría ser procesado.

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____

Nombre en Letra de Imprenta _____

Domicilio _____

Ciudad Postal _____ Estado Código _____

Teléfono durante el Día _____

Empleador(es): _____

FOR CENTER USE ONLY

___ FAP/TAF/FDPIR HOUSEHOLD

___ Homeless Documentation from school, emergency shelter, or agency

___ ANNUAL INCOME: _____ HOUSEHOLD SIZE: _____

Sponsor's Determining Signature _____

Date _____

Sponsor's Confirming Signature _____

Date _____

HOUSEHOLD CATEGORY: Free
 Reduced Price
 Paid

Foster Child – Free Category

List name of foster child(ren): _____