

FORMA DE ELIGIBILIDAD DE INGRESOS PARA HOGARES DE CUIDADO

Por favor use lapicero de tinta para completar la solicitud.

Parte 1. NIÑOS MATRICULADOS EN EL HOGAR DE CUIDADO						Parte 2. Beneficios
Nombre de niños matriculados en el hogar de cuidado (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento Mes, día, año	Edad	Marque si es un niño de acogida	Marque si el niño asiste a Head Start	Marque NO si los niños no reciben ingresos	Escriba su número de caso si recibe SNAP (estampillas de alimento) FEP, FDPIR. Salte a parte 4 si cualquiera de estos números son mencionados o si hay niños de acogida
			<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"/>	

Parte 2 BENEFICIOS Cont. Otros miembros del hogar, incluir adultos que reciben SNAP, FEP, FDPIR # de caso de otros miembros en el hogar (si hay alguno) y pase a la parte 4

Nombre: _____ Número de caso: _____

Parte 3. INGRESO BRUTO DE SU HOGAR — Listar todos los miembros en el hogar incluir a los niños y sus ingresos.

1. Nombre de todos otros miembros en el hogar	2.	Total de ingresos y frecuencia recibida Por hora, Semanal, Cada 2 semanas (quincenal), Dos Veces por Semana, Mensual, Anual							
Anote cuantas personas viven en su hogar: _____ Un miembro es cualquier niño o adulto que vivió en el hogar.	Marque si no hay ingresos	Ingresos del trabajo antes de deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones retiro, Seguro Social, SSI, VA beneficios		Todos los otros tipos de ingreso	
	<input type="checkbox"/>	Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia	Ingresos	Frecuencia
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	

Parte 4. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar la casilla que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Certifico que toda la información en esta aplicación es correcta y verdadera, y que estoy reportando todos nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar los datos en esta solicitud y que una representación deliberadamente errónea de los datos pueden llevarme a juicio bajo leyes federales y estatales. Un adulto debe firmar la solicitud de acuerdo a las leyes federales antes que puedan ser aprobadas.

Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: ****-**-____-____ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (opcional)

Marque una identidad étnica <input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino	Marque una o más de las identidades raciales (independientemente de su origen étnico) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra Isla del Pacífico
---	---

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial.

Annual Income Conversion: Hourly x 2080, Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24. Use if more than 1 payperiod reported.

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

TIER I

- DENIED:**
- Income over allowed amount
 - Incomplete / missing information
 - Other _____
 - Provider was notified

TIER II

- APPROVED:**
- Area: school or census
 - Provider income Provider categorically eligible
 - Parent income Parent categorically eligible
 - Temporary Approval ("0" income) until _____ (expires after 45 days)

Approving Official's Signature: _____ Date of approval: _____

Verifying Official's Signature (optional): _____ Date of approval: _____

Si su familia recibe Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) beneficios (anteriormente cupones de alimentos), FEP o FDPIR siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba el nombre, edad, y cumpleaños de todos los niños inscritos en el centro de guardería.

Parte 2: Si los niños reciben SNAP, FEP, o FDPIR escriba el número de caso. Si otra persona en el hogar recibe alguno de estos beneficios listen el nombre y el número de caso de esas personas aunque los niños enlistados no reciban beneficios. Salte parte 3.

Parte 4: Firmar la forma. Los últimos cuatro números del seguro social no son necesarios.

Si usted está solicitando un niño de ACOGIDA, o Head Start siga estas instrucciones:

Parte 1: Incluir el niño de acogida o Head Start en la misma aplicación que otros niños de su hogar. Escriba el nombre, edad y fecha de nacimiento e indicar si el niño es de ACOGIDA o niño es de Head Start. Si solamente ha listado a niños de acogida o niños de Head Start, salte parte 3. Si hay otros niños que no son de acogida o de Head Start, siga las instrucciones para los niños que reciben SNAP, FEP, FDPIR, o todos otros hogares.

Parte 4: Firme la forma. Los últimos cuatro números del seguro social no son necesarios si solamente a enlistado niños de acogida o de Head Start.

TODOS OTROS HOGARES sigan las direcciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre, edad, y cumpleaños de todos los niños inscritos en el centro de guardería. Si el niño no recibe ingreso marque la casilla. Si el niño es de acogida marque la casilla de niños de acogida.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar ingreso de otros miembros en el hogar de mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y apellido de cada persona que vive en el hogar, parientes o no (come abuelos o amigos), incluya se a usted mismo. Use otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Marque si no tiene ingreso: Si la persona no tienen ingresos marque la casilla.

Columna 3 Y 4 –Ingreso bruto del mes pasado y frecuencia. Al lado del nombre de cada persona escriba el tipo de ingreso recibido el mes pasado y frecuencia recibida. Escriba el ingreso bruto (lo que gana no le que lleva a casa), es la cantidad antes de impuestos y otras deducciones.

La cantidad aparecerá en su recibo de pago o su empleador le puede decir. Junto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (por hora, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual). Otros ingresos: (cuarta columna). Desempleo, beneficios, CUALQUIER OTROS INGRESOS, etcétera. Ingreso neto por ser dueño de negocio propio, granja, o ingresos por renta.

Junto a la cantidad, escriba la frecuencia que fue recibida. Si usted vive en casa Militar no incluya el subsidio de vivienda.

Parte 4: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene un número.

Ley de Privacidad: Esta parte explica como ocuparemos esta forma

A menos que incluya el número de caso de estampillas de comida, de FEP, o de FDPIR, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que dé el número de Seguro Social (SSN) del adulto que firmó esta solicitud, o debe indicar si dicho adulto no tiene SSN, no podremos aprobar esta solicitud. El número de Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para verificar que la información de esta solicitud es correcta. La verificación puede incluir una revisión del programa, auditorias, investigaciones, y puede incluir llamadas a su empleador para determinar sus ingresos, a la oficina de estampillas de comida, de FDPIR, o REP para determinar su certificación para recibir ayuda, a la oficina del Departamento de Trabajo de Estado para determinar el monto de beneficios recibidos y para confirmar la información entregada por escrito por el jefe de familia para comprobar los ingresos. Si se descubre información incorrecta, puede ser que pierda o se cancelen los beneficios, que se presenten reclamos administrativos o que se tome acción legal en contra suya.

Declaración de No-Discriminación: Esta parte explicara que tiene que hacer si usted cree que a sido tratado injustamente.

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

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet 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 Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

El Centro puede calificar para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla. Esto permitirá que el centro continúe ofreciendo comidas nutritivas para sus niños

Esta tabla es solamente para el uso de padres.

TABLA DE INGRESOS FEDERALES DE ELEGIBILIDAD			
Año escolar 2014-2015			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	21,590	1,800	416
2	29,101	2,426	560
3	36,612	3,051	705
4	44,123	3,677	849
5	51,634	4,303	993
6	59,145	4,929	1,138
7	66,656	5,555	1,282
8	74,167	6,181	1,427
Cada persona adicional:	7,511	626	145

