

Por favor use lapicero de tinta para completar la solicitud.  
(No escriba en los casilleros grises)

**FORMA DE ELIGIBILIDAD DE INGRESOS**  
BENEFICIOS DE REEMBOLSO DE COMIDAS DE CUIDADOS DE NIÑOS EN CASA

CNP-FDCH1 Spanish  
7/2008

**APELLIDO DE LA FAMILIA:**

**NOMBRE DE LA PROVEEDORA:**

<input type="checkbox"/> <b>TIER I</b>  <input type="checkbox"/> <b>TIER II</b>	<b>RECHAZADA:</b> <input type="checkbox"/> Gana más de lo permitido <input type="checkbox"/> Incompleto / faltan cosas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> El hogar fue notificado	<b>APROBADA:</b> <input type="checkbox"/> Aprobada por área <input type="checkbox"/> Aprobada por el ingreso de la proveedora <input type="checkbox"/> Aprobada por el ingreso de los padres <input type="checkbox"/> Aprobada provisional hasta _____ (45 días)	<b>FIRMA DEL OFICIAL ENCARGADO:</b>  <hr/> <p align="center"><b>Firma</b> <span style="float:right"><b>Fecha</b></span></p>
---	---	--	---

<b>1A. NOMBRES DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE SOLICITAN LOS BENEFICIOS:</b> Incluya todos los niños. Si necesita más espacio para escribir, utilice el margen izquierdo de esta página.					<b>2. APROBACIÓN POR CATEGORÍA:</b> Sirvase dar el número de FEP, de las estampillas de comida o de Bienes para indios en reservaciones (FDPIR) para <b>cada</b> niño. Si incluye esta información para todos los niños, puede dejar la Sección 3A a 3C en blanco.			<b>3A. Ingresos y recursos mensuales del niño</b>	
NOMBRE Apellido	Primer Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad	Niños colocados por la corte del Estado (X)		Ingresos	Fuente		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

<b>1B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:</b> (Si necesita más espacio, utilice el margen izquierdo de la página)				<b>3B. INDIQUE LOS INGRESOS MENSUALES:</b> Anote en las columnas indicadas todos los ingresos antes de los descuentos y colóque las cantidades correspondientes con los nombres de las personas que ganan el dinero. Al lado de cada persona, escriba los ingresos y la frecuencia con que fue recibida. Ejemplo: semanal, quincenal, mensual. Conversion: Por hora x 2080, Semanal x .52, Cada dos semana x 26, Dos veces a mes x 24, Mensual x 12. <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				
NOMBRE Apellido	Primer Inicial (o también conocido como)	Ganancias del trabajo (antes de los descuentos)	Pensiones, jubilaciones, seguro social	Asistencia social, pensión de divorcio, sostenimiento de niños	Otros Ingresos (2o trabajo, etc.)	Marque si no hay ingresos		
1.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
2.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
3.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
4.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
5.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
6.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
7.		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		

<b>1C. TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b>			<b>3C. GRAN TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (3A más 3B)</b>
--	--	--	---

<b>4. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL JEFE DE FAMILIA QUE SOLICITA ESTA AYUDA</b> (En letra de imprenta por favor):  Nombre:  Dirección: <span style="float:right">Apto.:</span>  Ciudad: <span style="float:right">Estado:</span> <span style="float:right">Código Postal:</span>  No. de teléfono de casa: <span style="float:right">No. de teléfono del trabajo:</span>				<b>6. EL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL Y LA FIRMA:</b> Solo que incluya el numero de su caso del programa de estampillas de comida o de FDPIR (Programa de Distribución e Comida en Reservaciones de Indios), o FEP, debe de incluir el numero de Seguro Social (SSN) de el adulto en su establecimiento domestico que firmo esta solicitud, o indique que está persona no tiene Seguro Social escribiendo la palabra "NONE". Esto es un requisito de la sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. El Seguro Social no es mandatario, pero la aplicación no se puede aprobar sei el número de Seguro Social no se indica, o si no se indica que la persona firmando este formulario no tiene Seguro Social. El número de Seguro Social se mantendrá confidencial y se usara solamente para la administración del programa.  <b>Certifico que toda la información anterior es correcta y verdadera, y que estoy reportando todos nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, que nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, 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</b>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. IDENTIFICACIÓN ÉTNICA O RAZA: (No se le requiere contestar esta pregunta):

**5A. Étnica:**

Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino

**5B. Raza**

Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Negro o Africano Americano  
 De las islas del Pacífico

Asiático  
 Blanco

acuerdo a las leyes federales antes que ésta pueda ser aprobada.

Firma: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

### SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE COMIDA REEMBOLSADA

No escriba en los cuadros grises y no use papel liquido. Llene la solicitud con lapicero de tinta y preséntela al Centro de Cuidado de Niños o Adultos para ser procesada. Ud. será notificado de la decisión por el oficial encargado.

#### **Sección 1A - 1C. Miembros del Hogar**

Anote todos los miembros de su hogar con o sin parentesco que viven juntos como una unidad económica.

- 1A. Anote todos los niños para los cuales solicita beneficios.
- 1B. Anote todos los miembros del hogar.
- 1C. Anote el número total de personas que viven en el hogar.

Niños bajo tutela estatal (foster) deben de llenar un formulario aparte para cada niño anotando los ingresos y su fuente, que el niño recibe para su uso personal. Llene las secciones 1A, 3A, y 6.

#### **Sección 2. Aprobación por Categoría (FEP, Estampillas de Comida o FDPIR).**

Anote los números de casos correctos para **cada niño** en vez de llenar la sección de ingresos (Sección 3A - 3C). Si todos los niños no califican para una aprobación completa por categoría, complete toda la solicitud.

#### **Sección 3A - 3C. Fuentes de Ingresos.**

3A. Si los niños tienen ingresos importantes, anote la cantidad mensual para cada uno.

3B. **Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido** Junto a cada nombre de las personas en la lista ponga que tipo y cuantas veces recibieron ingreso por el mes pasado. Por ejemplo, *Ingresos de empleo*. Escriba el ingreso bruto que cada persona ganó de trabajo. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** No es necesario incluir los ingresos de niños que trabajan por el verano. **Al lado de la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente).** Si el ingreso es en periodos diferentes, convertirlo en anual. Conversión: Por hora x 2080, Semanal x 52, Cada dos semana x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12. Si la persona no tiene ingresos, marque la caja.

3C. Ingreso total del hogar (sume todos los ingresos en 3A y 3B)

#### **Ejemplos de Ingresos que se deben reportar en Sección 3B**

Sueldo / salario / propinas	Pensiones	Compensación por desempleos
Seguro Social	Compensación del seguro estatal al trabajador	Ingresos suplementarios del Seguro Social, Jubilaciones
Beneficios de huelgas	Pagos de welfare	Ingresos total de trabajo independiente
Pagos a veteranos		de una empresa propia o granja
Pensión de alimentos para los niños (child support)	Manutención	
<b>Otros Ingresos</b>		
Ganancias de un 2do trabajo	Intereses/dividendos	Ingresos de testamentos / ahorros

Beneficios de incapacitado  
Derechos de autor, certificados de ahorros, ingresos de alquileres

Dinero en efectivo sacado de una cuenta de  
Otros dineros que pueden estar disponibles para poder pagar los alimentos

Contribuciones regulares de una persona que no vive en el hogar

#### **Sección 4. Nombre y dirección del hogar que solicita ayuda.**

Necesitamos éstos para poder notificarle de los resultados de los beneficios solicitados.

#### **Sección 5. Raza / Identidad étnica (opcional).**

Para propósitos de evitar la discriminación, solicitamos su identificación étnica. Esta información es voluntaria

#### **Sección 6. Firma y número de Seguro Social (Social Security).**

Se requiere que un adulto / padre firme e incluya su número de Seguro Social. Si no tiene número de Seguro Social, anote la palabra "NONE" (ninguno) en el cuadro titulado "Social Security". Sin estos datos, la solicitud no puede ser procesada. Sírvase ponerse en contacto con la patrocinadora para recibir ayuda o más información.

**Ley de Privacidad:** 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.

De acuerdo con la ley federal y la norma del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se le prohíbe a esta institución discriminar a razón de la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, o cualquier impedimento de una persona. Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empresario pro igualdad.

#### **Escala de Ingresos para Calificar para las Comidas Gratis: (Julio 1, 2008 – Junio 30, 2009)**

Tamaño del Hogar	Por Año	Por Mes	Dos Veces Por Mes	Cada Dos Semanas	Por Semana
1	19,240	1,604	802	740	370
2	25,900	2,159	1,020	997	499
3	32,560	2,714	1,357	1,253	627

4	39,220	3,269	1,635	1,509	755
5	45,880	3,824	1,912	1,765	883
6	52,540	4,379	2,190	2,021	1,011
7	59,200	4,934	2,467	2,277	1,139
8	65,860	5,489	2,745	2,534	1,267
Para cada miembro adicional, debe agregar	6,660	555	278	257	129