

**SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO
NIÑOS INSCRITOS EN GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES**

PARTE I

Nombre del niño: _____

Nombre del niño:	Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
	Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento

Nombre del proveedor: _____

PARTE 2A – HOGARES QUE AHORA RECIBEN SNAP, TANF/WORK FIRST, FDPIR, PROGRAMA NACIONAL DE ALMUERZOS ESCOLARES (NSLP) O BENEFICIOS WIC: Llene esta parte y firme la declaración en la **PARTE 3** - **NO llene la PARTE 2B.** Si un niño o el padre/madre del niño participa en, o está subsidiado por, un programa de cuidado de niños apoyado por el gobierno federal o estatal o algún otro programa de beneficios con un estándar de ingreso que le da derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos, las comidas que se sirven al niño automáticamente tendrán derecho a un reembolso de Nivel 1, siempre que se haya llenado la solicitud.

SNAP/Cupones de comida, Caso Núm.: _____ WIC Núm.: _____
 TANF/Work First, Núm. identificación: _____ Recibe almuerzo escolar gratis o a precio reducido (NSLP) (Indicar, si corresponde)
 FDPIR Núm. identificación: _____ Recibe desayuno escolar gratis o a precio reducido (SBP) (Indicar, si corresponde)
Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas
 Programa *HeadStart* del gobierno federal (Indicar, si corresponde)

PARTE 2B – DEMÁS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: Si no llena la PARTE 2A, llene esta PARTE y la PARTE 3.

NOMBRES		INGRESOS / FRECUENCIA ACTUAL - (Mes pasado)		
Nombres de todos los que viven en el hogar	Sueldos/Salarios (antes de deducciones) Trabajo 1	Asistencia social, mantenimiento de niños y/o del ex cónyuge	Pagos de jubilación o pensión o de Seguro Social	Sueldos/Salarios Trabajo 2 o cualquier otro ingreso

PARTE 2C – Llene esta PARTE y la PARTE 3. Si éste es un niño de crianza temporal, indique aquí (). Niños de crianza temporal tienen derecho automático a las comidas gratuitas o a precios reducidos sin tener en cuenta el ingreso del hogar. Hogares con menores de crianza temporal o menores sin crianza temporal pueden optar por incluir al menor de crianza temporal como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el menor de edad de crianza temporal, en la misma solicitud para el hogar que incluye los menores de edad sin crianza temporal.

¿Es éste un menor de edad sin hogar o un menor evacuado de Japón o Bahrein? Sí No Se exige la certificación de la agencia que ayudó con la evacuación o que está proporcionando refugio.

PARTE 3 – FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Un adulto en el hogar debe firmar la declaración antes de que se pueda aprobar. Certifico que toda la información dada arriba es verídica y correcta y que se ha reportado todo el ingreso. Entiendo que estoy dando esta información para recibir fondos federales; los funcionarios de la entidad pueden verificar la información dada en la solicitud y si falsifico información intencionalmente, se me puede enjuiciar de acuerdo con las leyes penales federales y estatales pertinentes.

Firma del adulto: _____ Cuatro últimos núm. de Seguro Social: _____
 (se exige) (Se exigen los 4 últimos números para hogares que califican)

debido al ingreso)

Nombre del adulto: _____ Fecha de la firma: _____

Domicilio particular _____ Ciudad _____ CP _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

PARTE 4 - IDENTIDAD ÉTNICA (Marque sólo uno)
 Hispana o Latina _____ Ni Hispana ni Latina _____
IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más)
 Blanca _____ Morena/Negra o Afroamericana _____ Indígena americano/Nativa de Alaska _____
 Asiática _____ Nativa de Hawai u de otras islas del Pacífico _____

La Ley nacional sobre almuerzos escolares exige la información solicitada en esta solicitud. No se le obliga a dar esa información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para que reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Usted debe proveer los últimos cuatro números del Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro números del Seguro Social cuando usted solicita de parte de un niño de crianza temporal o si usted indica un número de caso de SNAP/Cupones para comidas, TANF/Ayuda temporal para familias necesitadas o FDPIR/Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas para su niño o si usted indica que el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Se usará su información para determinar si su niño tiene derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos, en la administración del programa y en su cumplimiento. Si el niño participa en *Head Start*, automáticamente tendrá derecho a recibir beneficios gratuitos del Programa de comidas, siempre que los funcionarios de *Head Start* hayan presentado una declaración de *Head Start* de que el niño reúne las condiciones de ingreso o la documentación que lo indica.

Para uso exclusivo de la Entidad Patrocinadora:
CONVERSIÓN DE INGRESOS MENSUALES: SEMANAL multiplicar por 4.33 QUINCENAL multiplicar por 2.15 BIMENSUAL multiplicar por 2

Ingreso total de la familia: _____ **Tamaño de la familia:** _____

Nivel I _____ Sí, se califica:
 Nivel II _____ No se califica:
 Funcionario de calificación: _____ Fecha: _____

For state use only:

Verified by: _____
 Date: _____
 Verified classification: Free Reduced Denied
 Reason for change in classification: _____

SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO NIÑOS INSCRITOS EN GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Su guardería participa en el Programa de Comidas en el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés), con fondos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos y administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. Ayúdenos a cumplir con los requerimientos del CACFP, llenando, firmando y devolviendo la declaración de ingresos adjunta a la dirección indicada. Esta información es necesaria para que se pueda pagar a la guardería por las comidas servidas a los niños que atienden. Todos los niños en nuestro programa reciben sus comidas gratuitamente, pero la categoría del ingreso para calificarse determina la cantidad de fondos que la guardería recibirá. La información que usted proporciona en este formulario será confidencial y **NO** será compartida con la guardería, ni con nadie, sin su permiso.

Llene la solicitud de la siguiente manera:

- **PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:** Dé el nombre de el o los niños inscritos, del padre y/o madre o tutor, y cualquier otro niño dependiente que vive en ese hogar.
- **SNAP/CUPONES DE COMIDA, TANF/WORK FIRST, FDPIR, WIC, ALMUERZO ESCOLAR GRATUITO O A PRECIO REDUCIDO:** Si alguien en el hogar ahora recibe beneficios de cualquiera de los programas antedichos, dé el número de caso o identificación del programa tal como se solicita. No llene la PARTE 2B.
- **INGRESO ACTUAL:** Indique la cantidad de ingreso que cada persona ganó el mes **pasado** (ANTES de la deducción de impuestos, FICA, etc.), la frecuencia del ingreso y de dónde proviene, como por ejemplo, sueldos o salarios, jubilación, pensión o asistencia social. Si el ingreso del mes pasado de alguna persona en el hogar, fue mayor o menor de lo normal, indique el ingreso mensual promedio normal de esa persona.
- **FIRMA:** Algún adulto que vive en el hogar debe firmar esta solicitud.
- **ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL:** Indique los últimos cuatro números del Seguro Social del adulto que firma la declaración en la página anterior. Si ese adulto no tiene un número de Seguro Social, escriba "Ninguno".

EN VIGENCIA DEL 1° DE JULIO DEL 2011 AL 30 DE JUNIO DEL 2012					
DIRECTIVAS PARA INGRESOS REDUCIDOS					
Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso quincenal	Ingreso bimensual	Ingreso semanal
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada persona adicional en el hogar agregue:	+ 7,067	+ 589	+ 295	+ 272	+ 136

Usted puede presentar una solicitud para ver si tiene derecho al programa en cualquier momento durante el año fiscal. Los participantes que tienen miembros de familia que puedan quedar desempleados tendrán derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos durante el periodo de desempleo, siempre que la pérdida de ingreso cause que el ingreso de la familia entera, durante ese periodo de desempleo, caiga dentro de las normas de derecho a dichas comidas.

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), se le prohíbe a esta institución discriminar debido a raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para entablar un reclamo por discriminación, sírvase escribir al USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Personas que problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relai al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

El estado de Carolina del Norte ahora ofrece un programa costeable de un seguro médico para niños que se llama *Health Choice*. *Health Choice* es un plan de salud completo que cubre tanto hospitalización como atención a pacientes externos, incluyendo beneficios para la atención preventiva dental, de la vista y de la audición. Este plan médico nuevo es para niños cuyos padres tienen un ingreso demasiado alto para calificarse en *Health Check*, el programa estatal de *Medicaid*. Comenzado en octubre de 1998, se dispondrá de las solicitudes para *Health Choice*. Usted puede recoger su solicitud de los departamentos de salud o de servicios sociales de cada condado. Obtenga más información sobre *Health Choice* o *Health Check*, llamando al teléfono gratuito 1-800-367-2229.

SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO NIÑOS INSCRITOS EN GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: Llene esta parte.

- (1) En letra de imprenta, escriba el nombre de cada niño inscrito en la casa particular que sirve de guardería.
- (2) En letra de imprenta, escriba el nombre de la persona a cargo de la casa particular que sirve de guardería.

PARTE 2A – HOGARES QUE RECIBEN SNAP/CUPONES DE COMIDA, O BENEFICIOS TANF/WORK FIRST, FDPIR, PROGRAMA NACIONAL DE DESAYUNOS Y ALMUERZOS ESCOLARES, HEAD START o WIC:

Llene esta PARTE y la PARTE 3.

- (1) Dé su número de caso actual para SNAP/Cupones de comida o su número de identificación para TANF/Work First, FDPIR o WIC o marque el **SÍ**, para indicar que su niño recibe almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido. **NO** llene la PARTE 2B.
- (2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración de la PARTE 3.

PARTE 2B – INGRESO DEL HOGAR: Llene esta PARTE y la PARTE 3

- (1) Dé los nombres de todos los que viven en el hogar.
- (2) Para cada persona, dé el ingreso bruto (la cantidad *antes* de la deducción de impuestos u otras deducciones) y la frecuencia del ingreso (p.ej., semanal, quincenal, bimensual o mensual) que cada persona recibió el **mes pasado**, y la procedencia del mismo, por ejemplo, sueldos o salarios, asistencia social, pensión, jubilación u otro ingreso (refiérase a los ejemplos más adelante del tipo de ingreso que se tendrá que divulgar). Si alguna cantidad del mes pasado fue menor o mayor de lo normal, indique el ingreso normal de esa persona.
- (3) Un adulto que vive en el hogar debe firmar esta declaración sobre ingresos y dar los últimos cuatro números del Seguro Social en la PARTE 3.

INGRESOS QUE SE DEBEN DIVULGAR

<u>Ingresos del trabajo/empleo</u>	<u>Pensiones/jubilación/Seguro Social</u>	<u>Otros Ingresos</u>
Sueldos/salarios/propinas Beneficios por huelga	- Pensiones - Ingresos por suplemento al Seguro Social - Ingresos por jubilación - Pagos por ser veterano de guerra - Seguro Social	- Beneficios por discapacidad - Efectivo sacado de cuenta de ahorros - Intereses/dividendos - Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia - Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar - Regalías o anualidades netas - Ingresos netos por arriendos/alquileres - Cualquier otro ingreso
<u>Compensación por estar desempleado</u> - Seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo (<i>Worker's Compensation</i>) - Ingresos netos por ser propietario de una empresa o granja/finca agrícola	- Pensiones - Ingresos por suplemento al Seguro Social - Ingresos por jubilación - Pagos por ser veterano de guerra - Seguro Social	- Beneficios por discapacidad - Efectivo sacado de cuenta de ahorros - Intereses/dividendos - Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia - Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar - Regalías o anualidades netas - Ingresos netos por arriendos/alquileres - Cualquier otro ingreso
<u>Beneficencia social/Mantenimiento de niños o del cónyuge</u> - Pagos por asistencia pública - Pagos de asistencia social - Pagos para mantenimiento de niños o del cónyuge	<u>Hogares militares</u> - Todo ingreso en efectivo, incluyendo subsidios para vivienda y uniformes. NO incluye beneficios "en especie" que NO se pagan en efectivo (vivienda, ropa, comida, atención médica, etc., en una base militar)	- Beneficios por discapacidad - Efectivo sacado de cuenta de ahorros - Intereses/dividendos - Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia - Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar - Regalías o anualidades netas - Ingresos netos por arriendos/alquileres - Cualquier otro ingreso

PARTE 2C – NIÑOS DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER): Llene esta PARTE y la PARTE 3 para cada niño de crianza temporal que vive en su hogar y que esté inscrito en la guardería. Hogares con menores de crianza temporal o menores sin crianza temporal pueden optar por incluir al menor de crianza temporal como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el menor de edad de crianza temporal, en la misma solicitud para el hogar que incluye los menores de edad sin crianza temporal.

PARTE 3 – FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Todos los hogares deben llenar esta PARTE.

- (1) Toda declaración para calificarse en este programa debe llevar la firma de un adulto que vive en el hogar;
- (2) El adulto del hogar que firma la declaración debe incluir los últimos cuatro números de su Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, escriba "Ninguno." Si usted indica un número de caso o identificación para SNAP, TANF/Work First, WIC o FDPIR, no es necesario el número del Seguro Social.

PARTE 4 – IDENTIDAD ÉTNICA/RACIAL: Llene esta parte.

Esta sección a continuación debe regresarse con la Solicitud CACFP para calificarse, si usted le ha dado consentimiento al proveedor para recoger este formulario.

Cláusula de Consentimiento Escrito: Nombre del Proveedor: _____

Si usted opta por llenar la Solicitud CACFP para calificarse, usted tiene la opción de regresarla directamente a su Proveedor o al Patrocinador del Proveedor. Si usted quiere darle la Solicitud CACFP directamente al patrocinador, regrésela a:

Nombre y dirección de la Organización Patrocinadora

_____ Ponga sus iniciales aquí si da su consentimiento para que _____ (nombre del proveedor) recoja su formulario y se lo dé al Patrocinador.
_____ (el proveedor) no revisará su formulario.