

**SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO –
GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES
INGRESO DEL PROVEEDOR y de los HIJOS DEL PROVEEDOR**

PARTE 1A: Nombre del proveedor: _____

PARTE 1B: Llene esta parte, si quiere incluir a sus propios hijos.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

	Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
--	------------------	----------------	----------------------------

	Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
--	------------------	----------------	----------------------------

PARTE 2A – HOGARES QUE AHORA RECIBEN BENEFICIOS SNAP, TANF o FDPIR: 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 precio reducido, 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 No.: _____ TANF No. identificación: _____

FDPIR No. identificación: _____
(Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas)

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 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 (). Los niños de crianza temporal tienen derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos sin tener en cuenta el ingreso de los que viven en el 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 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

Yo 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; que los funcionarios de la entidad pueden verificar la información dada en la solicitud y que si falsifico información intencionalmente, se me puede enjuiciar de acuerdo con las leyes penales federales y estatales pertinentes.

Firma del proveedor DCH: _____ Últimos cuatro núm. del Seguro Social: _____
(se exige) (Se exigen los 4 número para hogares que califican debido al ingreso)

Nombre del proveedor DCH: _____ Fecha de la firma _____

Domicilio particular	Ciudad, Estado	CP	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo
----------------------	----------------	----	--------------------	----------------------

PARTE 4 - IDENTIDAD ÉTNICA (Marque sólo uno)

- | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispana o Latina | <input type="checkbox"/> Ni Hispana ni Latina | |
| IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más) | | |
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Morena/Negra o Afroamericana | <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> 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: Verificación de SNAP, TANF, FDPIR u hogar con derecho categórico a los beneficios del programa:
() SÍ () NO

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:

Firma de la entidad patrocinadora: _____ Fecha: _____

For state use only:	
Verified by: _____	
Date: _____	
Verified classification: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied	
Reason for change in classification:	

**SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO –
GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES
INGRESO DEL PROVEEDOR y de los HIJOS DEL PROVEEDOR**

Por favor, llene la Solicitud de CACFP para calificarse, usando las instrucciones a continuación. Firme la declaración y regrésela a la organización patrocinadora indicada al pie. Llame a la organización si necesita ayuda: Teléfono _____.

PARTE 1A – INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR: Llene esta parte.

- (1) En letra de imprenta, escriba el nombre del Proveedor de la casa particular que sirve de guardería.

PARTE 1B – Llene esta parte si va a inscribir a sus propios hijos.

PARTE 2A – HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS SNAP/CUPONES DE COMIDA, TANF o FDPIR:

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 o FDPIR. **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 al pie del tipo de ingreso que debe 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 su número del Seguro Social en la PARTE 3.

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 esa persona no tiene un número de Seguro Social, escriba “Ninguno.” Si indica un número de caso o identificación para SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario poner el número de Seguro Social.

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

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		
<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)	

Nombre y dirección de la organización patrocinadora:

**SOLICITUD CACFP POR SI SE CALIFICA CONFORME AL INGRESO –
GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES
INGRESO DEL PROVEEDOR y de los HIJOS DEL PROVEEDOR**

Estimado Proveedor de una guardería en casa particular:

Usted está participando 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 regresando la declaración de ingresos adjunta a su entidad patrocinadora. Esta información es necesaria para que se le pueda pagar a usted por las comidas servidas a los niños que usted cuida. Todos los niños en nuestro programa reciben sus comidas gratuitamente, pero la categoría del ingreso para calificarse determina la cantidad de fondos que usted recibirá. La información que usted proporciona en este formulario será confidencial y NO se compartirá con nadie, sin su permiso.

Llene la solicitud de la siguiente manera:

- **NOMBRE DEL PROVEEDOR:** Dé su nombre.
- **NIÑOS:** Llene la Parte 1B, si está incluyendo a sus propios hijos.
- **SNAP, TANF/WORK FIRST, FDPPIR:** Si alguien en el hogar actualmente recibe beneficios de cualquiera de dichos programas, dé el número de caso o identificación del programa tal como se solicita. No llene la PARTE 2B.
- **PERSONAS EN EL HOGAR:** Llene la Parte 2B si no llena la Parte 2A. Dé el nombre de todas las personas que viven en el hogar, el o los nombres de los niños inscritos y de cualquier otro niño dependiente que vive en el hogar.
- **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 de 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 2013 AL 30 DE JUNIO DEL 2014 DIRECTIVAS PARA INGRESOS REDUCIDOS					
Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso quincenal	Ingreso bimensual	Ingreso semanal
1	21,257	1,772	886	818	409
2	28,694	2,392	1,196	1,104	552
3	36,131	3,011	1,506	1,390	695
4	43,568	3,631	1,816	1,676	838
5	51,005	4,251	2,126	1,962	981
6	58,442	4,871	2,436	2,248	1,124
7	65,879	5,490	2,745	2,534	1,267
8	73,316	6,110	3,055	2,820	1,410
Para cada persona adicional en el hogar agregue:	+5,226	+620	+310	+287	+144

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 con 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.