

**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
------------------	-----------	---------	---------------------

Nombre del proveedor:	Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
-----------------------	-----------	---------	---------------------

PARTE 2A – HOGARES QUE AHORA RECIBEN CUPONES DE COMIDA, 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.

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 – NIÑOS DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER): Llene esta PARTE y la PARTE 3. Si éste es un niño de crianza temporal, indique aquí () y escriba el ingreso del niño y con qué frecuencia lo recibe aquí: \$ _____ por _____. En ciertos casos, los niños de crianza temporal tienen derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos sin importar el ingreso de los que viven en el hogar.

PARTE 3 – FIRMA Y NÚMERO 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 federales y estatales pertinentes.

Firma del adulto: _____ Núm. de Seguro Social: _____
(se exige) (Se exigen los 9 número 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)

Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino
 IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más)
 Blanco Moreno/Negro o Afroamericano Indígena americano/Nativo de Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii 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 que su niño recibe comidas gratuitas o a precios reducidos. Usted debe proveer el número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se exige el número de Seguro Social cuando usted solicita de parte de un niño de crianza temporal o si usted indica un número de caso de Cupones para comidas, TANF o FDPIR 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 documentación que indique eso.

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: <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 NIÑOS INSCRITOS EN GUARDERÍAS EN CASAS PARTICULARES

Sírvase llenar la “Solicitud CACFP por si se califica conforme al ingreso” usando las instrucciones a continuación. Firme y devuelva la declaración a la Entidad Patrocinadora indicada abajo. Llame a la organización si necesita ayuda: _____.

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.
- **CUPONES DE COMIDA, TANF/WORK FIRST, FDPIR, WIC, ALMUERZO ESCOLAR GRATUITO O A PRECIO REDUCIDO:** Si alguien en el hogar actualmente 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.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Indique el número 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”.

Usted puede presentar una solicitud de habilitación para este programa en cualquier momento durante el año fiscal. Los participantes que tienen familiares que acaban desempleados tendrán derecho a comidas gratuitas o a precio reducido durante el período de desempleo, siempre y cuando la pérdida de ingreso causa que el ingreso de la familia durante el período de desempleo caiga dentro de las normas de habilitación para 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 Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 ó al (202) 720-6382 (TTY para sordos). 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 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 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 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 su número de Seguro Social en la PARTE 3.

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.

PARTE 3 – FIRMA Y NÚMERO DE 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 su número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, escriba “Ninguno.” Si indica un número de caso o identificación para Cupones de comida, TANF/Work First, WIC o FDPIR, no es necesario poner el número de Seguro Social.

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

INGRESOS QUE SE DEBEN DIVULGAR

<p><u>Ingresos del empleo</u> Sueldos / salarios / propinas Beneficios al estar de huelga Indemnización por desempleo Seguro de indemnización por accidentes de trabajo (<i>Worker's Comp</i>) Ingreso neto de su propio negocio o granja</p>	<p><u>Pensiones / jubilación / Seguro Social</u> Pensiones Ingreso Suplemental de Seguro Social (SSI) Ingresos por jubilación Pagos por ser veterano de guerra Seguro Social</p>	<p><u>Otros Ingresos</u> Beneficios por discapacidad Efectivo sacado de una cuenta de ahorros Intereses/dividendos</p>
<p><u>Beneficencia social/Mantenimiento de niños o del ex cónyuge</u> Pagos por asistencia pública Pagos de beneficencia social Pagos para mantenimiento de niños o del ex cónyuge</p>	<p><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)</p>	<p>Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar Regalías o anualidades netas e ingresos netos por arriendos/alquileres Cualquier otro ingreso</p>
<p><u>Ingresos para niños de acogida (foster)</u> Incluya SOLAMENTE fondos de la agencia de beneficencia identificada por categoría para uso personal del niño (ropa, costos de escuela, etc.), fondos de la familia del niño para uso personal e ingresos que no son por empleo de tiempo parcial u ocasional. NO INCLUYA fondos de la agencia de beneficencia para vivienda, cuidado, etc.</p>	<p align="center">Nombre y dirección de la Entidad Patrocinadora</p>	