

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 CUPONES DE COMIDA o BENEFICIOS 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.

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 – 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:

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 federales y estatales pertinentes.

Firma del proveedor DCH: _____ No. de Seguro Social: _____
(se exige) (Se exigen los 9 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)

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 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: Verificación de Cupones de comida, 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: Free Reduced 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

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 devolviendo 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.
- **CUPONES DE COMIDA, 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.
- **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.

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 dicha organización si necesita ayuda al No.

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

INGRESO DEL PROVEEDOR y de los HIJOS DEL PROVEEDOR

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

- (1) Escriba el nombre del proveedor de la casa particular que sirve de guardería

PARTE 1B: Llene esta parte si está incluyendo a sus propios hijos.

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

Llene esta PARTE y la PARTE 3.

- (1) Dé su número de caso actual para Cupones de comida o la 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), la frecuencia del ingreso (p.ej., semanal, quincenal, bimensual o mensual) que esa persona recibió el **mes pasado**, y la procedencia de dicho ingreso, p.ej., 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 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 usted indica un número de caso o identificación para Cupones de comida, TANF/Work First 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 por 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.), o 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> | |