



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, dé el nombre y el número de caso de la persona que recibe beneficios. **Si nadie recibe esos beneficios, pase directamente a la parte 3.**
 NOMBRE _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. (Se aplica únicamente a padres/ tutores con niños inscritos en una casa de guardería) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que aparecen en la *Lista de programas que califican para recibir fondos federales/estatales (H1660)*, dé el nombre del programa y el número de caso. NOMBRE: _____
 NÚMERO DE CASO: _____
 Marque si no tiene número de caso

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> Jane Smith	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes_	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACPF (Cuidado para niños)

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____ - ____ Yo no tengo Número de Seguro Social



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACPF (Cuidado para niños)

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: Anote una o más identidades raciales:

(hispano o latino
No hispano ni latino

Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
 Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico
 Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año

Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ___ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita___ Reducida___ Negada___ Nivel I___ Nivel II___

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____
Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño que es hijo de crianza, o cuando anota el número de caso de su niño para el programa SNAP o el Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o algún otro número de identificación de FDPIR o cuando usted indique que la persona adulta del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente. "De acuerdo con la ley federal y con las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ó llame gratis al 1 (866) 632-9992 (Voz). Las personas con problemas de audición o discapacidad para hablar pueden ponerse en contacto con USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.