

## Formulario para Inscripción de Infantes y Niños

INSTITUTION NAME: \_\_\_\_\_ FACILITY NAME: \_\_\_\_\_ AGREEMENT#: \_\_\_\_\_

### Estimado Padre/Tutor,

Este centro/programa recibe fondos de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). CACFP necesita prueba de inscripción para **todos** los niños. Por favor complete la tabla de abajo para cada niño de su familia que esté inscrito en este centro/programa. Asegúrese de firmar y fechar en el espacio de abajo. Gracias.

La siguiente información debe ser completada por el padre o tutor.

| Primer Nombre del Participante | Apellido(s) del Participante | Fecha de Nacimiento | Horario normal/típico de atención | Días normales/típicos de atención (marque todos los que corresponden) | Comidas habituales (Marque todos los que corresponden) |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                |                              |                     | _____ a _____                     | L M X J V S D                                                         | B AM L PM S LPM                                        |
|                                |                              |                     | _____ a _____                     | L M X J V S D                                                         | B AM L PM S LPM                                        |
|                                |                              |                     | _____ a _____                     | L M X J V S D                                                         | B AM L PM S LPM                                        |
|                                |                              |                     | _____ a _____                     | L M X J V S D                                                         | B AM L PM S LPM                                        |
|                                |                              |                     | _____ a _____                     | L M X J V S D                                                         | B AM L PM S LPM                                        |

**Horario normal/típico de atención:** Por favor, escriba la hora habitual de llegada y salida de cada niño. Indique a.m. o p.m. (tarde).

**Días normales de cuidado:** Por favor, marque con un círculo los días de la semana en que cada niño asiste habitualmente al centro.

(L-Lunes; M-Martes; X- Miércoles; J-Jueves; V-Viernes; S-Sábado; D-Domingo)

**Comidas habituales:** Marque con un círculo las comida que cada niño habitualmente come en el Centro.

(B-Desayuno; AM-Merienda AM; L-Almuerzo; PM-Merienda PM; S-Cena; LPM-Merienda de noche)

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

### For Facility/Provider Use Only:

Signature of Facility Representative/Provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date each child withdrew: \_\_\_\_\_

**For State Use Only:** Complete: \_\_\_\_\_ Incomplete \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA INFANTE Y NIÑO

INSTITUTION NAME: \_\_\_\_\_ FACILITY NAME: \_\_\_\_\_ AGREEMENT #: \_\_\_\_\_

1. Nombre del Participante y Fecha de Nacimiento:

| Primer Nombre | Apellido(s) | Fecha de Nacimiento | Primer Nombre | Apellido(s) | Fecha de Nacimiento |
|---------------|-------------|---------------------|---------------|-------------|---------------------|
|---------------|-------------|---------------------|---------------|-------------|---------------------|

2. Número de caso de SNAP, TANF o FDIPIR:

SNAP # \_\_\_\_\_ TANF # \_\_\_\_\_ FDIPIR # \_\_\_\_\_

Si ha dado el número de caso, NO complete los números 3 y 4. **Llene sólo los números #5 y #6.**

3. ¿Es éste application para un:

Menor de crianza temporal (*foster*)? ☐ Sí ☐ No ¿Sin hogar? ☐ Sí ☐ No ¿De una familia migrante? ☐ Sí ☐ No

4. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

| Nombres de Todos los Demás Miembros del Hogar | Sueldos/ Salarios Mensuales | Seguro Social Mensual | Asistencia Publica Mensual/ Manutención de Niños | Pensiones Mensuales de Jubilación | Otros Ingresos Mensuales |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
|                                               | \$                          | \$                    | \$                                               | \$                                | \$                       |
|                                               | \$                          | \$                    | \$                                               | \$                                | \$                       |
|                                               | \$                          | \$                    | \$                                               | \$                                | \$                       |
|                                               | \$                          | \$                    | \$                                               | \$                                | \$                       |

5. IDENTIDAD ÉTNICA: (Marque uno)

☐ Hispano o Latino

☐ Ni Hispano o Latino

RAZA: (Marque uno o más) ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Nativo de Hawai'i o de otras islas del Pacífico

**6. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta; que la aplicación se realiza en relación con la recepción de fondos federales, que los funcionarios del Programa pueden verificar la información en la aplicación; Y esa tergiversación deliberada de cualquier información en la aplicación puede someterme a procesamiento bajo leyes penales Estatales y Federales aplicables.

Firma del Miembro Adulto del Hogar (Requerido) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ **Marque si no tiene SSN ☐**  
Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social  
(Requerido **solo** si califica por ingresos)

Nombre Impreso

# Teléfono del hogar

# Teléfono del trabajo

Dirección

Ciudad

Código Postal

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su infante/niño para comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social o marcar la casilla "NO SSN" del miembro adulto del hogar que firma la aplicación si califica por ingreso. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son requeridos cuando usted aplica en nombre de un infante/niño de crianza temporal o usted lista un Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) número de caso para su infante/niño u otro identificador FDIPIR, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su infante/niño es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del Programa.

### To be completed by Institution/Sponsor

TOTAL HOUSEHOLD SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY INCOME \$ \_\_\_\_\_

Approved: ☐ Free ☐ Reduced-Price ☐ Denied

Reason for denial: ☐ Income too high ☐ Incomplete application ☐ Other: \_\_\_\_\_

Withdrew on (Date): \_\_\_\_\_

### For state use only:

Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verified classification:

☐ Free ☐ Reduced-Price ☐ Denied

Reason for classification change: \_\_\_\_\_

Signature of Eligibility Official (Individual at the Institution Level) – Required

Date – Required

## INSTRUCCIONES

Por favor, complete las Aplicación de Elegibilidad de Ingresos para Infantes y Niño siguiendo las instrucciones a continuación. La aplicación debe ser firmada en el número 6 y devuelta al centro de cuidado infantil.

**1- INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPANTE(S):**

- a. Imprima el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento(s) del(los) infante(s) y/o niño/s inscrito(s) en el centro.

**2- HOGAR QUE RECIBE BENEFICIOS SNAP, TANF O FDPIR:**

- a. Si participa en SNAP, TANF o FDPIR, proporcione su caso o número de identificación y omita el número 4.  
b. Si no participa en ninguno de estos programas, pase al número 3.

**3- INFANTE/NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER), SIN HOGAR O MIGRANTE:**

- a. Indique si alguno de los infante/niños en la solicitud es un infante/niño de crianza temporal, sin hogar o un infante/niño de una familia migrante.  
b. Los hogares con infantes/niños de crianza temporal y no-crianza pueden elegir incluir al infante/niño de crianza como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el infante/niño de crianza, en la misma solicitud del hogar que incluye a sus infantes/niños no-crianza.  
c. Las familias anfitrionas que solicitan comidas gratis y a precio reducido para sus propios infantes/niños pueden incluir a la familia sin hogar como miembros del hogar si la familia anfitriona proporciona apoyo financiero a la familia sin hogar. En tales casos, la familia de acogida también debe incluir los ingresos recibidos por la familia sin hogar.  
d. Si el(los) infante(s) y/o niño de la lista son de crianza temporal, sin hogar, o de una familia migrante, el número 4 puede ser omitido.

**4- INGRESOS DEL HOGAR.**

- a. Indique los nombres de todos los demás miembros del hogar.  
b. Escriba la cantidad de ingresos (la cantidad antes de que se retiren los impuestos o cualquier otra cosa), la frecuencia de ingresos (es decir, semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensual) recibido **el mes pasado** por cada miembro de la familia y de dónde vino, tales como ingresos, asistencia pública, pensiones y otros ingresos (consulte los ejemplos que aparecen a continuación para obtener información sobre los tipos de ingresos que se deben informar). Si alguna cantidad el mes pasado fue menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de la persona.

## INGRESOS A REPORTAR

| <u>Ganancias del Empleo</u>                                                                                                                                                                                                         | <u>Pensiones/Jubilación/Seguridad Social</u>                                                                                                                                                                       | <u>Otros Ingresos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldos / salarios / propinas</li> <li>Beneficios de huelga</li> <li>Ingresos netos de negocios o granjas propias</li> <li>Compensación laboral</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pensiones</li> <li>Ingresos complementarios de seguridad</li> <li>Ingresos de jubilación</li> <li>Pagos de veteranos</li> <li>Seguridad Social</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prestaciones de invalidez</li> <li>Dinero retirado de los ahorros</li> <li>Intereses/dividendos</li> <li>Ingresos procedentes de herencias/fideicomisos/inversiones</li> <li>Contribuciones periódicas de personas que no viven en el hogar</li> <li>Regalías netas/ rentas vitalicias/ ingresos netos por alquileres</li> <li>Cualquier otro ingreso</li> </ul> |
| <u>Asistencia Pública/Manutención de Niños/Pensión Alimenticia</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pagos de asistencia pública</li> <li>Pagos del TANF</li> <li>Pagos de pensión alimenticia/manutención de Niños</li> </ul> | <u>Hogares Militares</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los ingresos en efectivo, incluidas los beneficios militares recibidos en efectivo, como los asignaciones para vivienda/uniforme.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**5- IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA:** Complete la pregunta de identidad étnica/racial.**6- FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Todos los hogares completan esta parte.**

Todas las Aplicaciones de Elegibilidad de Ingresos para Infante y Niño deben ser firmadas por un miembro adulto del hogar. Si la aplicación se basa en los ingresos, el miembro adulto del hogar que firme la declaración de certificación deberá incluir los cuatro últimos dígitos de su número de la seguridad social. Si no tiene número de la seguridad social, marque la casilla "No SSN". Si el participante es un bebé/niño de acogida, un indigente o un bebé/niño de una familia migrante y/o ha indicado un número de SNAP, TANF o FDPIR, no se necesita un número de seguridad social.

## CARTA FAMILIAR PARA INSTITUCIONES SIN PRECIOS

Estimado padre/madre/tutor,

Por favor, ayúdenos a cumplir con el requisito federal que exige la presentación anual de las Aplicación de Elegibilidad de Ingresos del programa. Se usará esta aplicación solamente para determinar si reúne las condiciones de participación; luego se colocará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. Para que los participantes y la guardería sean considerados elegibles para los beneficios del programa, un miembro adulto del hogar debe completar la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos (IEA) del programa para cada participante inscrito en la guardería tan pronto como sea posible, firmarla, fecharla y devolverla a la guardería. No es obligatorio que llene la aplicación, a menos que usted quiere ser considerado con derecho a un participante para comidas gratuitas o a precios reducidos.

Si usted ahora recibe beneficios de SNAP/Cupones de comida, TANF/Ayuda temporaria para familias necesitadas o de FDIPIR/ Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas, no se le exige dar datos sobre los ingresos del hogar. Usted puede dar su número de caso para SNAP, TANF o FDIPIR, y debe firmar, fechar y entregar la aplicación. Sírvase notar también que si usted tiene un menor de crianza temporal (*foster*), es posible que la guardería reúna las condiciones para recibir beneficios del programa para dicho menor de crianza temporal tiene derecho automático a estos beneficios de comidas gratuitas, sujeto a que se llena la aplicación.

Usted también debe notar que si tiene un menor de crianza temporal, la guardería infantil tiene derecho a los beneficios del programa para este menor, sin tener en cuenta el ingreso de su hogar. Los hogares con menores de crianza temporal e hijos no de crianza temporal puede optar por incluir al menor de crianza temporal como un miembro del hogar, así como todo ingreso personal ganado por ese menor de crianza temporal, en la misma solicitud que incluye a los hijos no de crianza temporal. Sírvase comunicarse con la institución para otras instrucciones.

Usted debe dar el nombre de cada persona que vive en ese hogar, incluyendo niños, padres, abuelos y otros parientes. El Departamento de Agricultura define un hogar como un grupo de personas, sean parientes o no (y no deben ser residentes de una institución o pensión o casa de huéspedes), que viven como una unidad económica (es decir, todos contribuyen a los gastos de vivir juntos).

El ingreso que usted indica **debe** ser el ingreso bruto total, antes de cualquier deducción, que fue recibido el mes pasado por todas las personas que viven en el hogar (por ejemplo, sueldos, beneficencia social o jubilación, etc.). Los beneficios militares que se reciben en efectivo, tales como subsidios de vivienda para los que viven fuera de la base militar y subsidios para comida y ropa, **deben** considerarse como ingreso. Si en su hogar vive una persona cuyo ingreso el mes pasado fue más alto o más bajo de lo normal, dé el ingreso mensual promedio que esa persona generalmente gana.

## DIRECTRICES REDUCIDAS EFECTIVO 1 DE JULIO DE 2023 - 30 DE JUNIO DE 2024\*

| TAMAÑO DEL HOGAR                                   | Annual   | Mensual | Quincenal | Bimensual | Semanal |
|----------------------------------------------------|----------|---------|-----------|-----------|---------|
| 1                                                  | \$26,973 | \$2,248 | \$1,124   | \$1,038   | \$519   |
| 2                                                  | \$36,482 | \$3,041 | \$1,521   | \$1,404   | \$702   |
| 3                                                  | \$45,991 | \$3,833 | \$1,917   | \$1,769   | \$885   |
| 4                                                  | \$55,500 | \$4,625 | \$2,313   | \$2,135   | \$1,068 |
| 5                                                  | \$65,009 | \$5,418 | \$2,709   | \$2,501   | \$1,251 |
| 6                                                  | \$74,518 | \$6,210 | \$3,105   | \$2,867   | \$1,434 |
| 7                                                  | \$84,027 | \$7,003 | \$3,502   | \$3,232   | \$1,616 |
| 8                                                  | \$93,536 | \$7,795 | \$3,898   | \$3,598   | \$1,799 |
| Para cada miembro adicional de la familia agregue: | \$9,509  | \$793   | \$397     | \$366     | \$183   |

\*Los hogares con ingresos inferiores o iguales a estos niveles son elegibles para comidas gratuitas o de precio reducido. Usted puede presentar una aplicación para calificarse en el programa en cualquier momento del año fiscal. Participantes que tengan familiares que queden desempleados tienen derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido durante el periodo de desempleo, siempre que la pérdida de ingresos haga que los ingresos de la familia durante el periodo de desempleo estén dentro de las normas de elegibilidad para esas comidas.