

Child and Adult Care Food Program (CACFP)
(Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos)

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO PARA CENTROS DE CUIDADOS INFANTILES Y HEAD START

Consulte las instrucciones en [Instrucciones para la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso para Centros de Cuidados Infantiles y Head Start](#).

PARTE 1 — INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del Niño: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año): _____

Días Normales de Cuidado del Niño (Marque todos los días aplicables):

lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo

Horario Normal de Cuidado del Niño (Escriba la hora y circule AM o PM):

_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM

Servicios Normales de Comidas Provistas al Niño (Marque todas las comidas/bocadillos aplicables):

Desayuno Merienda AM Almuerzo Merienda PM Cena Merienda Noche

PARTE 2A — PARTICIPANTES CATEGÓRICAMENTE ELEGIBLES SIN CARGO PARA BENEFICIOS CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No complete** la parte 2B.

Nº de Caso SNAP: _____ Nº de Caso TFA: _____ Marque si hay hijos de crianza:

PARTE 2B — TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS

Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

Nombres de todos los miembros de la familia Anote <i>cada</i> persona en el hogar, incluyendo el/la niño/a mostrado/a en la parte 1 arriba	Ingreso bruto y frecuencia de cobro: Indique si el ingreso se recibe mensualmente, dos veces por mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto del ingreso en el casillero de la frecuencia que corresponda. Usted debe colocar el ingreso en el casillero correspondiente a la frecuencia adecuada.											
	Ingresos de su Empleo (antes de las deducciones) – Empleo 1				Asistencia Pública/Pensión Alimenticia/Manutención de Niños				Pensiones/Jubilación/Seguro Social/Otros Ingresos			
	Nombres	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes
(Ejemplo) Juana López	\$200					\$134						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

PARTE 3 — INFORMACIÓN DE CONTACTO, FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Un miembro adulto de la familia debe **firmar** y **fechar** este formulario para que pueda ser aprobado.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

Nombre de Adulto: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Últimos 4 dígitos del Nº de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ No tengo un SSN

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO PARA CENTROS DE CUIDADOS INFANTILES Y HEAD START (continuación)

PARTE 4 — IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL (OPCIONAL) *No se le requiere completar esta parte.*

Origen Étnico (Marque uno):

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Raza (Marque uno o más):

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

La Ley Nacional Richard B. Russell para el Almuerzo Escolar requiere la información que se pide en esta solicitud. Usted no tiene obligación de dar esta información, pero si no la provee no podremos aprobar a su hijo/a para recibir comidas gratuitas o con precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma esta solicitud. No se requiere proveer los últimos cuatro dígitos del número de seguro social cuando usted presenta la solicitud en nombre de un hijo de crianza, o cuando ha provisto un número de caso del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families - TANF) o del Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDIPIR), u otro identificador de FDIPIR para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su niño/a es elegible para recibir comidas gratuitas o con precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODREMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición a fin de ayudarles a evaluar, proveer fondos o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones del programa, y con funcionarios del orden público para ayudarles a controlar violaciones de las reglas del programa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Conversión a Ingreso Anual: Semanal X 52 • Cada 2 semanas X 26 • 2 veces al mes X 24 • Mensual X 12

Ingreso total familiar: \$ _____ Numero de familia: _____ Hogar SNAP/TFA Hijo de crianza

Elegible Gratuito Elegible Reducido Ingreso Mayor

Oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____

Firma



Para información sobre CACFP, visite el sitio de Internet [CACFP](#) de CSDE o comuníquese con el personal de CACFP escribiendo a Connecticut State Department of Education, Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103.

Este documento está disponible en

<http://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/IEAppCenterSP.pdf>.