

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte - Salud de mujeres y niños
PROGRAMA DE COMIDAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)
SOLICITUD PARA PODER INTEGRAR EN EL PROGRAMA DE COMIDAS PARA NIÑOS

1. NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE PARTICIPANTE(S): NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

Nombres _____ Apellido(s) _____ Fecha de Nacimiento _____ NÚMERO DEL ACUERDO _____

Nombres _____ Apellido(s) _____ Fecha de Nacimiento _____ NOMBRE DE LA INSTALACIÓN _____

2. SNAP/Cupones de comida, TANF/Ayuda temporaria para familias necesitadas o FDPIR/Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas: Si este hogar ahora está recibiendo beneficios SNAP, TANF o FDPIR, dé el número de caso. Si, estamos recibiendo cupones de comida o beneficios TANF o FDPIR. El número de caso correspondiente es: **SNAP** _____ **TANF** _____ **FDPIR** _____
 Si recibe beneficios y ha dado el número de caso, **NO llene los números 3 y 4. Llene sólo los números 5 (optativo) y 6.** Si un niño forma parte de un hogar que recibe SNAP o FDPIR o de una unidad de asistencia TANF, el niño automáticamente tendrá derecho a recibir beneficios gratuitos del Programa de comidas, después de haberse llenado la solicitud.

3. ¿Es éste un menor de crianza temporal (*foster*)? Sí No Hogares con menores de crianza temporal o menores sin crianza temporal pueden optar por incluir al menor de crianza temporal como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el menor de edad de crianza temporal, en la misma solicitud para el hogar que incluye los menores de edad sin crianza temporal.
 ¿Es éste un menor de edad sin hogar o un menor evacuado de Japón o Bahrein? Sí No Se exige la certificación de la agencia que ayudó con la evacuación o que está proporcionando refugio.

4. INGRESO MENSUAL DE TODOS EN EL HOGAR: Indique todos los que están viviendo en su hogar, **NO** incluya al participante mencionado arriba. Indique todo el ingreso bruto (**antes de las deducciones**) que fue recibido el mes pasado. Si usted no dio un número de caso para beneficios SNAP, TANF o FDPIR, o si éste no es un menor de crianza temporal, usted debe llenar la información sobre ingresos.

Nombre de todos los que viven en el hogar	Sueldos/salarios mensuales	Ingresos mensuales -- Seguro Social	Ingresos mensuales -- Asistencia pública/mantenimiento de niños	Ingresos mensuales -- Jubilación o pensión	Ingresos mensuales -- Otros
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

5. IDENTIDAD ÉTNICA (Marque sólo uno)
 Hispana o Latina Ni Hispana ni Latina

IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más)
 Blanca Morena/Negra o Afroamericana Indígena americano/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawai u de otras islas del Pacífico

6. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: 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 penales federales y estatales pertinentes.

Firma de un adulto en el hogar (se exige) _____ Fecha _____ Últimos cuatro números del Seguro Social _____
 (Se exigen los últimos 4 números para hogares que califican debido al ingreso)

Nombre en letra de imprenta _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

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 a su niño para que reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Usted debe proveer los últimos cuatro números del Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro números del Seguro Social cuando usted solicita de parte de un niño de crianza temporal o si usted indica un número de caso de SNAP/Cupones para comidas, TANF/Ayuda temporal para familias necesitadas o FDPIR/Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas 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 la documentación que lo indica.

Para uso exclusivo de la Institución/Patrocinador

NÚM. DE PERSONAS EN EL HOGAR _____ TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$ _____

Se aprueba: gratis reducido se niega
 Razón por la negación: ingresos demasiado altos solicitud incompleta otros _____
 Se retiró el (fecha): _____

 Firma del 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: _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD E INTEGRAR EN EL CACFP

Sírvase llenar la Solicitud para poder integrar el programa de comidas en el cuidado de niños y adultos usando las instrucciones que se dan a continuación. Firme la declaración y regrésela a la guardería infantil.

PARTE 1. INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPANTE(S): Llene este parte.

Dé el nombre (en letra de imprenta) de cada uno de los niños inscritos en la guardería.

PARTE 2. HOGAR QUE RECIBE BENEFICIOS SNAP, TANF O FDPIR: Llene esta PARTE y la PARTE 6.

- 1) Dé su número de identificación actual si recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR.
- 2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración en la PARTE 6.

PARTE 3. MENOR DE EDAD DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER). (Incluya menores evacuados de Japón o Bahrein.)

- 1) Indique si el niño es de crianza temporal o si no tiene hogar. Hogares con menores de crianza temporal o menores sin crianza temporal pueden optar por incluir al menor de crianza temporal como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el menor de edad de crianza temporal, en la misma solicitud para el hogar que incluye los menores de edad sin crianza temporal. Además, cuando una familia anfitriona solicita comidas gratuitas o a precios reducidos para sus propios hijos, la familia anfitriona puede incluir a la familia sin hogar como miembros del hogar si la familia anfitriona mantiene económicamente a la familia sin hogar. En tal caso, la familia anfitriona también debe incluir cualquier ingreso recibido por la familia sin hogar.
- 2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración en la PARTE 6.

PARTE 4. INGRESOS DEL HOGAR. Llene esta PARTE y la PARTE 6.

- 1) Dé los nombres de todos los que viven en el hogar.
- 2) Indique la cantidad de todos los ingresos brutos (*antes* de la deducción de impuestos o cualquier otra deducción) y la frecuencia del ingreso (por semana, quincenal, bimensual o mensual) recibido el **mes pasado** por cada persona que vive en el hogar y su procedencia, por ejemplo, ingresos del trabajo/empleo, asistencia social, pensiones/jubilaciones y otros ingresos (refiérase a los ejemplos más abajo para los tipos de ingresos que se deben divulgar). Si alguna cantidad fue más alta o más baja de lo normal, anote el ingreso normal para esa persona.
- 3) Un adulto de dicho hogar debe firmar esta declaración y dar los últimos cuatro números del Seguro Social en la PARTE 6.

PARTE 5. IDENTIDAD ÉTNICA/RACIAL: Llene estos datos.

PARTE 6. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Todos los hogares deben llenar esta PARTE.

- 1) Todas las declaraciones para poder integrar al programa deben ser firmadas por 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, ponga "ninguno". Si dio un número para beneficios SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario dar el número de Seguro Social.

INGRESOS QUE SE DEBEN DIVULGAR

<u>Ingresos del trabajo/empleo</u> Sueldos/salarios/propinas Beneficios por huelga	<u>Pensiones/jubilación/Seguro Social</u>	<u>Otros Ingresos</u>
<u>Compensación por estar desempleado</u> - Seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo (<i>Worker's Compensation</i>) - Ingresos netos por ser propietario de una empresa o granja/finca agrícola	- Pensiones - Ingresos por suplemento al Seguro Social - Ingresos por jubilación - Pagos por ser veterano de guerra - Seguro Social	- Beneficios por discapacidad - Efectivo sacado de cuenta de ahorros - Intereses/dividendos - Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia - Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar
<u>Beneficencia social/Mantenimiento de niños o del cónyuge</u> - Pagos por asistencia pública - Pagos de asistencia social - Pagos para mantenimiento de niños o del cónyuge	<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)	- Regalías o anualidades netas - Ingresos netos por arriendos/alquileres - Cualquier otro ingreso

Todos los programas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos están al alcance de todos, sin tener en cuenta raza, color de piel, sexo, origen nacional, edad o discapacidad.

**CARTA A PADRE, MADRE, TUTOR U HOGAR PARA INSTITUCIONES QUE NO PUEDEN COBRAR
COMIDAS POR SEPARADO
PROGRAMA DE COMIDAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)**

Estimado padre/madre/tutor:

Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos federales que exigen que todos los años se presente una Solicitud para poder integrar en el programa (DHHS CAC 11). Se usará esta solicitud solamente para determinar si reúne las condiciones de participación; luego se colocará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. Para que se pueda calificar a los participantes y a la guardería infantil para que reciben los beneficios del programa, un adulto que vive en el hogar debe llenar esta Solicitud para cada participante inscrito en la guardería lo antes posible, además, debe firmar y fechar esa Solicitud y entregarla a la guardería infantil. No es obligatorio que llene la solicitud, 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 FDPIR/ 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 FDPIR, y debe firmar, fechar y entregar la Solicitud. Sírvese 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 llene la solicitud.

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. Sírvese 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.

EN VIGENCIA DEL 1º DE JULIO DEL 2015 AL 30 DE JUNIO DEL 2016 DIRECTIVAS PARA INGRESOS REDUCIDOS					
Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso quincenal	Ingreso bimensual	Ingreso semanal
1	21,775	1,815	908	838	419
2	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Para cada persona adicional en el hogar agregue:	+7,696	+642	+321	+296	+148

Usted puede presentar una solicitud para calificarse en el programa en cualquier momento del año fiscal. Participantes cuyos miembros de familia pierden su empleo, tienen derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingreso cause que el ingreso de la familia entera, durante el período de desempleo, esté dentro de los parámetros de derecho a dichas comidas.

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or if all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) To file a Civil Rights complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA Office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter by mail to U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.