

**Child and Adult Care Food Program
(Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos)
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ADMISIÓN**

PARTE 1 - INFORMACIÓN DE LOS(LAS) NIÑOS(AS)—Requerida para todos los niños que están bajo cuidado.

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Edad	Marque con un círculo las casillas de los días normales/ Escriba el horario normal del cuidado	Marque con un círculo las comidas y meriendas que recibe normalmente
			Dom. Lun. Mar. Mié. Jue. Vie. Sáb. Horas normales _____ a _____	Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche
			Dom. Lun. Mar. Mié. Jue. Vie. Sáb. Horas normales _____ a _____	Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche
			Dom. Lun. Mar. Mié. Jue. Vie. Sáb. Horas normales _____ a _____	Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche
			Dom. Lun. Mar. Mié. Jue. Vie. Sáb. Horas normales _____ a _____	Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Por favor, marque las casillas que correspondan para ayudar a determinar las otras partes de este formulario a completar:

- Un miembro de nuestra familia recibe beneficios de Basic Food (Alimentos Básicos), TANF o FDPIR. (Complete las partes 2 y 5.)
- Uno o más de los niños de la parte 1 es un niño en acogida. (Complete las partes 3 y 5.)
- Mi(s) niño(s) puede(n) calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en base a los ingresos de la familia. (Complete las partes 4 y 5.)
- Mi(s) niño(s) no calificará(n) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. (Complete solo la parte 5.)

PARTE 2: MIEMBROS DEL HOGAR QUE RECIBEN BASIC FOOD (ALIMENTOS BÁSICOS)/TANF/FDPIR—

Cualquier miembro del hogar que reciba prestaciones puede establecer la elegibilidad de todos los niños del hogar.

Número de caso o número de identificación

PARTE 3: NIÑOS EN ACOGIDA—Indique los nombres de los niños que figuran en la parte 1 que son niños de acogida.

PARTE 4: TOTAL DE INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR DEL ÚLTIMO MES—No es requerido si usted ha reportado un número de caso en la Parte 2.

Indique los nombres (nombre y apellidos) de todas las personas que viven en su casa, incluidos los niños de acogida	Díganos cuánto y con qué frecuencia los recibe. Si no hay ingresos, escriba "0". Utilice los ingresos netos si es trabajador independiente.														
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia social, pensión alimenticia, manutención de los hijos	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Jubilación, Pensiones, Seguridad Social, Otros	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
1.	\$	<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"/>
2.	\$	<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"/>
3.	\$	<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"/>
4.	\$	<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"/>
5.	\$	<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"/>
6.	\$	<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 5 – FIRMA Y CERTIFICACIÓN—REQUERIDO

El miembro adulto del hogar que rellena la solicitud debe firmar a continuación. Si se rellena la parte 4, el adulto que firma el formulario debe indicar también las cuatro últimas cifras de su Social Security Number (número de seguridad social) (SSN) o marcar la casilla si no posee SSN. Véase la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta página.

Si ha indicado un número de caso en la Parte 2 o si está presentando la solicitud en nombre de un niño en acogida, o ha marcado la casilla de que su(s) niño(s) no tendrá(n) derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido, los últimos cuatro dígitos del SSN no son necesarios.

"Certifico (y me comprometo) a que todos los datos de esta solicitud son verdaderos y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del CACFP pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, el participante o el centro puede perder las prestaciones de comida, y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del adulto	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta del adulto que firma
X _____	_____	Número de la Seguridad Social Social Security Number (número de seguridad social) (SSN) (los cuatro últimos dígitos) XXX-XX- <input type="checkbox"/> Marque si no tiene SSN
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono durante el día

PARTE 6 – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de sus niños. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus niños para recibir comidas durante el cuidado.

Origen étnico (marque uno): Hispano o latino No hispano ni latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Multirracial
 Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

La **Richard B. Russell National School Lunch Act** (Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell) exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, los fondos que recibe su centro o proveedor de cuidado infantil pueden verse afectados. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social no son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño en acogida o cuando se indica un número de caso de Basic Food (Alimentos Básicos), del Temporary Assistance for Needy Families (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (TANF), del or Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) (FDPIR) o cualquier otro identificador del FDPIR para su niño, o cuando se indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número del Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar el reembolso de las comidas para su centro o proveedor de cuidado infantil. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

CORREO*: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

CORREO ELECTRÓNICO:
program.intake@usda.gov

***Utilice esta dirección únicamente si va a presentar una queja por discriminación.**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

NO RELLENAR - USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

- El o los niños son categóricamente libres basados en Basic Food (Alimentos Básicos)/TANF/FDPIR.
- El o los niños de acogida han sido identificados en este formulario y cumplen los requisitos para la categoría de gratuidad.

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12

- El o los niños que figuran en este formulario y que no reúnen las condiciones necesarias para ser beneficiarios de una categoría se clasifican de la siguiente manera:
- Marque una: Gratis
- Precio reducido
- Ingresos totales

por encima de la escala: \$ _____

Anual Mensual Dos veces al mes

Cada dos semanas Semanal

X _____

Firma del representante de la institución Fecha de hoy

NO ES VÁLIDO SIN LA FIRMA Y LA FECHA.

Fecha de entrada en vigor de la EIEA: Si la institución utiliza la fecha de la firma del padre o del tutor como fecha de entrada en vigor, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución en el mismo mes en que el padre firmó el formulario o en el mes inmediatamente posterior. Si el representante de la institución no evalúa y firma la EIEA dentro de estas directrices, la fecha de la firma del representante de la institución debe utilizarse como fecha de entrada en vigor.