

Nombre de la Institución: FOOD FOR KIDS, INC

Número del acuerdo: _____

Nombre Proveedor/Centro: _____

Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP) Formulario para inscripción de participantes

Estimado Padres/Tutor/Curador,

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). El participante inscrito recibirá comidas y refrigerios nutritivos sin costo alguno para usted. CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Sírvase llenar la sección de padres/tutor/curador de este formulario, fírmelo y devuélvalo al Proveedor/Centro arriba indicado. Suministre información sobre sólo un (1) participante por formulario. (Para que la institución sea reembolsada por las comidas que sirven/solicitan, se deberá llenar un formulario para cada participante inscrito todos los años.)

Padres/Tutor/Curador:

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha en que participante se inscribió en el centro: _____

Alergias a alimentos: Sí No Si contestó "Sí", especifique: _____

(Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participan

Indique los días de cuidado normal en el centro: Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday

Indique comidas que normalmente se comen en el centro: Breakfast AM Snack Lunch PM Snack Supper Evening Snack

Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.) Llegada: _____ am pm Salida: _____ am pm

Horario Escolar Salida: _____ am pm Regreso: _____ am pm

Si el participante es un bebé (0 a 11 meses de edad), sírvase llenar este cuadro, Marque todas las selecciones que corresponden a continuación:

Esta institución/centro ofrece _____ fórmula para bebés a través de CACFP. Es opción suya
(Proveedor/centro llena esta información)

usar esta fórmula o no según las necesidades de su bebé. Las comidas para bebés provistas por la institución/centro deben cumplir con el plan de comidas para bebés, tal como lo exige 7CFR 226.20.

Usaré la fórmula ofrecida por este centro. Doy permiso para que el personal del centro mezcle la fórmula o prepare los biberones para mi bebé.

No usaré la fórmula ofrecida por este centro.
Do ser así ¿qué fórmula enviará usted para que su bebé la use? _____
Si la fórmula que usted proporciona es una fórmula especial, deberá presentar un declaración médica.

Proporcionaré leche materna para mi bebé.

Mi bebé tiene cuatro (4) meses de edad o más, y debido a su desarrollo, está listo para comidas para bebé. Yo quiero que la institución/centro le dé las siguientes comidas para bebé, las cuales se permiten conforme a 7CFR 226.20 (b)(2)(3)(4).

Nota a los padres que reciben fórmula a través del Programa WIC: Su bebé tiene derecho a recibir fórmula de esta institución/centro de cuidado de niños, así como del Programa WIC. Es decisión suya decidir qué fórmula su bebé recibirá cuando está en el centro. Si usted encuentra que está recibiendo más fórmula de la que su bebé necesita, hable con la nutrióloga de WIC o con el proveedor de atención a la salud de su bebé.

Firma Padres/Tutor/Curador: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del trabajo: _____ Indique turno de trabajo: 1° 2° 3° Otro (especifique) _____

Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:

Firma del Proveedor/Representante del Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participant se retiró del Centro: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades."

2022-2023 Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas de CACFP

Llene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1 Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta los 18 años (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro de la vivienda: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".
Los niños adoptivos (foster) y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

| Nombre del niño | Inicial | Apellido del niño | Edad | ¿Inscrito? | Niño en adoptivo (foster) | Sin hogar, migrante, o fugado |
|-----------------|---------|-------------------|------|---|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marque todo lo que corresponda

PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP, TANF, o FDPIR?

En caso **NEGATIVO** > Vaya al PASO 3. En caso **AFIRMATIVO** > Escriba aquí un número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)

Número de caso:

Escriba solo un número de caso este espacio.

PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A. Ingresos del niño
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos **TOTALES** obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)
Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

| Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido) | Ingresos profesionales | ¿Con qué frecuencia? | | | | Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia | ¿Con qué frecuencia? | | | | Pensión/jubilación/ otros | ¿Con qué frecuencia? | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Semanales | Quincenales | 2x al mes | Mensuales | | Semanales | Quincenales | 2x al mes | Mensuales | | Semanales | Quincenales | 2x al mes | Mensuales |
| | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos) *

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del sustento principal o otro miembro adulto de la vivienda

Marque si no tiene Seguro Social

* Asegúrese de que este número coincida con el total de miembros

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Dirección (si está disponible) | Apartamento n.º | Ciudad | Estado | Código postal |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Nombre del adulto que firma el formulario | | Firma del adulto | | Fecha de hoy |

INSTRUCCIONES

Fuentes de ingresos

| Fuente de ingresos de niños | | Fuente de ingresos de adultos | | |
|--|---|--|---|--|
| Fuentes de ingreso del niño | Ejemplo(s) | Ingresos profesionales | Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil | Pensión / jubilación / otros |
| - Ingresos profesionales | - Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario | - Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) | - Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local | - Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles |
| - Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al superásteite | - Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social | Si está en el Ejército de Estados Unidos: -Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa | - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga | - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda |
| - Ingresos de una persona ajena a la vivienda | - Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño | | | |
| - Ingresos de cualquier otra fuente | - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fi | | | |

OPCIONAL

Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad del niño para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái i o otra isla del Pacífico Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a carta al 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: (202) 690-7442; o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

No llenar

Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Household Size

Categorical Eligibility Eligibility: Free Reduced Paid

Determining Official's Signature Date Confirming Official's Signature Date