FORMA DE ELIGIBILIDAD DE INGRESOS PARA LOS CENTROS DE CUIDADO DE DÍA PARA ADULTOS

Por favor use lapicero de tinta para completar la solicitud (No escriba en las casillas grises)

PARTE 1. Adultos matriculados en el centro				**Parte 2. Beneficios**
Nombre de adultos matriculados en el centro (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento mes/día/año	Marque si los adultos **NO** reciben ingreso	Liste los ingreso de adultos, de donde vienen y frecuencia de recibo	Escriba su número de caso si recibe **SNAP, FEP, SSI, Medicaid o FDPIR. Salte a parte 4 si cualquiera de estos números son mencionados**.
		❑		
		❑		
		❑		
		❑		
		❑		

PARTE 3. Ingreso total del hogar – ***Liste todos los otros miembros en el hogar y cualquier miembro del hogar que recibe ingresos***

1. Nombre de todos los otros miembros en el hogar Liste todos los miembros en el hogar y el total de ingresos de cada persona antes de deducciones y todos los miembros del hogar que reciben ingreso. Escriba su primer nombre y apellido. Anote cuantas personas viven en su hogar:_____ Un miembro es cualquier niño o adulto que vivé en el hogar.	**2. Marque si NO tiene ingreso**	**3. Total de ingresos y frecuencia recibida Por hora, Semanal, Cada 2 semanas (quincenal), Mensual**							
		Ingreso del trabajo antes de deducciones		Asistencia manutención de niños, pensiones		Pensiones, retiro, seguro social, SSI, beneficios de VA		Todos los otros tipos de ingreso	
		Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	
	❑	$		$		$		$	

PARTE 4. Firma y los últimos 4 números de su seguro social (un adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar la casilla que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Certifico que toda la información en esta aplicación es correcta y verdadera, y que estoy reportando todos nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar los datos en esta solicitud y que una representación deliberadamente errónea de los datos pueden llevarme a juicio bajo leyes federales y estatales. Un adulto debe firmar la solicitud de acuerdo a las leyes federales antes que puedan ser aprobadas.

Firma: _____ **Escriba el nombre:** _____ **Fecha:** _____

Dirección _____ **Número telefónico:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Los cuatro últimos números de su Seguro Social * * * * - * * - ____ ____ ____ ____ ❑ **No tengo número de seguro social**

PARTE 5. Identificación étnica y racial del adulto (opcional)

Marcar una identidad étnica		Marque una o más (no importa la etnicidad)		
❑ Hispano/Latino		❑ Asiático	❑ Indio Americano o nativo de Alaska	❑ Negro o Afroamericano
❑ No Hispano/Latino		❑ Blanco	❑ Nativo de Hawái u otras Islas del pacifico	

No complete esta parte. Para uso oficial solamente

Annual Income Conversion: Hourly x 2080, Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical eligibility: _____ Income eligibility: Free____ Reduced____ Paid ____ Reason (only if paid): _____

Approving Official's Signature: _____ Date of approval: _____

Verifying Official's Signature (optional): _____ Date of approval: _____

Estimados Adultos: **INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD**

Si su familia recibe SNAP (cupones de alimento) o SSI, Medicaid (Title XIX), FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote los nombres de los participantes. Marque el bloque apropiado.
Parte 2: Anote los nombres de los adultos, y el número de caso de SNAP (cupones para alimentos) o SSI, Medicaid, o FDPIR
Parte 4: Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote el nombre de cada adulto.
Parte 2: Marque el bloque apropiado, si alguno.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia del mes pasado.
Columna 1– Nombre: Anote el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en su hogar ya sean o no parientes (tal como abuelos, otros parientes o amigos). Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los demás niños y cónyuge que viven con usted. Añada otra página si es necesario.
Columna 2– Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos que recibieron el mes pasado y cuantas veces los recibieron. Por ejemplo, *Ingresos de empleo: Escriba* el **ingreso bruto** que cada persona ganó. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Al lado de la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente). *Otros Ingresos*: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de; asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, (segunda columna), pensión de jubilación, Seguro Social (tercera columna) y CUALQUIER OTRO INGRESO (cuarta columna). En las demás columnas incluya, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.
Columna 3–Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ingresos, marque el bloque.
Parte 4: Un adulto debe firmar la solicitud y anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque si no tiene uno.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provee.

A menos que usted anote el número de caso del programa de SNAP (cupones para alimento), SSI, Medicaid(Título XIX) o FDPIR, sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere el número de Seguro Social (SSN) del miembro de hogar que firma la solicitud este incluido o indicar que los miembros del hogar no tiene un SSN, Pero si no anota un número de Seguro Social o no hace indicación que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un SSN no podemos aprobar la solicitud. El seguro social (SSN) se utiliza para identificar al miembro del hogar para verificar la exactitud de la información declarada en la solicitud. Esto puede incluir los programas de revisiones, auditorías e investigaciones y pueden incluir contacto con patrones para determinar los ingresos, SNAP, SSI, Medicaid u oficina FDPIR para determinar la certificación actual, para determinar la cantidad de beneficios recibidos comuníquese con la oficina estatal de seguridad de empleo. Si reporta información incorrecta pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 800-795-3272 (voice) or 202-720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo**.**

El Centro puede calificar para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla. Esto permitirá que el centro continúe ofreciendo comidas nutritivas a los adultos inscritos

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART
School Year 2012-2013

Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
Each additional person:	7,067	589	136