

Los niños primero son abastecedor y patrón de la oportunidad igual.

SOLICITUD DE INGRESOS PARA EL PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL PROVEEDORAÑO FISCAL 2011

Para aplicar reembolsos de las comidas que le sirve a sus propio hijos, cuidadosamente llene, firme, feche y devuelva esta solicitud a su patrocinador.

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Llene esta parte para sus hijos si **NO** están incluidos en estampillas de comida, TANF o FDPIR.

	Nombre de Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Apunte **TODOS LOS NOMBRES** de los **MIEMBROS DEL HOGAR**. INCLÚYASE USTED MISMO, OTROS ADULTOS Y NIÑOS. NO INCLUYA A LOS NIÑOS APUNTADOS ARRIBA, A MENOS QUE RECIBAN INGRESOS CON REGULARIDAD. Escriba la cantidad del INGRESO MENSUAL y la fuente de cada persona en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso **BRUTO** ANTES de las deducciones de impuestos, seguro social, etc.

	NOMBRE	Ingresos mensuales del trabajo (antes de deducir impuestos)	Beneficios mensuales de TANF, mantenimiento del niño, y Mantenimiento de Divorcio	Ingresos mensuales de pensiones y del seguro social	Todo los demás ingresos mensuales
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____

ELEGIBILIDAD CATEGORICA

Llene esta parte si sus hijos actualmente reciben beneficios de alguno de los siguientes programas. Indique los que apliquen y dé el número del caso.

PROGRAMAS ELEGIBLES:

Asistencia en Efectivo (TANF) # del caso _____ Programa de Asistencia de Comida en las Reservas (FDPIR) # del caso _____ Estampillas de Comida # del caso _____

	Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER CHILDREN)

Los niños adoptivos (foster children) son elegibles para reembolso de comidas sin importar los ingresos de la casa en la que residen. Si tiene niños adoptivos en su casa, por favor indique los nombres aquí y el total de ingresos que cada niño recibe para uso personal.

	Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingresos
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Nombre (letra de imprenta) : _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
 Teléfono (hogar) _____ Teléfono (trabajo) _____

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se da en conexión al recibir Fondos Federales; que la institución oficial puede verificar esta información; y que un propósito mal deliberado o mal representado puede exponerme a un juicio bajo los estatutos criminales estatales y federales aplicables.

CONFIDENCIALIDAD: La información que usted otorgue será tratada confidencialmente y se usara únicamente para determinar la elegibilidad y verificación de datos para el programa Alimenticio para Niños y Adultos en Cuidado (Child and Adult Food Program).

X _____
 Firma Número de Seguro Social Fecha

Elijo en esta hora de no terminar el uso de la renta para la consideración de la elegibilidad de la renta.

X _____
 Firma Número de Seguro Social Fecha

El Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno requiere que el reembolso que este proveedor recibe por las comidas servidas a todos los niños esté basado en la Declaración de Ingresos sometida por cada padre a tutor. Esto lo beneficia a usted porque nos ayuda a mantener el precio por cada niño a un nivel bajo. Esta información será confidencial.

Guía de Elegibilidad de Ingresos				
Efectivo desde el 1 de julio, 2010 hasta el 30 de junio, 2011				
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$20,036	\$1,670	\$386	
2	26,955	2,247	519	
3	33,874	2,823	652	
4	40,793	3,400	785	
5	47,712	3,976	918	
6	54,631	4,553	1,051	
7	61,550	5,130	1,184	
8	68,469	5,706	1,317	
Por cada miembro de familia adicional añada	+6,919	+577	+134	

En el Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno, ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si usted cree que ha sido discriminado en cualquier actividad relacionada con el USDA, usted debe de escribir inmediatamente a la Secretaría de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

NIÑOS CON INCAPACIDADES: Si el médico ha determinado que su niño está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, esta proveedora hará todas las substitutiones indicadas por el médico. Si se necesita una substitution, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si usted cree que su niño necesita substitutiones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y dénos más información.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños que reciben asistencia publica de los programas de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o del programa FDPIR, únicamente si el nombre del niño, el numero del caso de asistencia publica, y la firma de el miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos es incluida. En algunos casos, niños que se consideran "foster" o hijos de crianza, el centro de cuidado diurno es elegible para reembolso por comidas gratis o a precios reducidos independientemente del ingreso familiar de la familia con que el niño vive.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños de familias con ingresos menores o iguales a los ingresos que se indican arriba. Para que el centro de cuidado diurno sea elegible, la Declaración de Impuestos debe de incluir documentación completa de la información solicitada, incluyendo el total del ingreso familiar, los nombres de todos los miembros de la familia, el numero del seguro social del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos, o la palabra "Ninguno" si es que no tiene un numero de seguro social, la fecha, y la firma del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Ingresos.

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos de el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, usted debe de incluir en su solicitud un número del seguro social. Este debe ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Esta notificación se le debe de entregar al miembro de la familia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para verificar la información incluida en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar el ingreso, con la oficina que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

Raza/Identidad Étnica: No se le requiere contestar esta pregunta. Por favor indique la categoría.

Blanco Anglosajón — No de Origen Hispano Negro o Afro estadounidense Hispano o Latino Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isla Pacifico Asiático

For Sponsor Use Only (Para el uso del Patrocinador Únicamente)

Approved by: _____	Total Household Size: _____
Approved date: _____	Total Monthly Income: _____ () Eligible () Ineligible