

DECLARACION DE ELEGIBILIDAD DE INGRESO (Programas de no cobrar)

Parte 1

Nombre del Participante:			Fecha de Nacimiento:		
Apellido		Nombre		Inicial	
Blanco	Raza Negra	Hispano/Latino	Indigena Norteamericano o Nativo de Alaska	Hawaiano o Nativo de Alaska	Asiatico/o de otra isla del Pacifico
(Marque una—necesario para informe estadístico)					
Nombre del Participante:			Fecha de Nacimiento:		
Apellido		Nombre		Inicial	
Blanco	Raza Negra	Hispano/Latino	Indigena Norteamericano o Nativo de Alaska	Hawaiano o Nativo de Alaska	Asiatico/o de otra isla del Pacifico
(Marque una—necesario para informe estadístico)					
Fecha que Empezo:	Hora de Llegada:	AM/PM	Hora de Partida:	AM/PM	Trabajo con turno: Si/No
Dias normales de la semana cuando el Participante/s está/están bajo cuidado (indicar todos los que se aplican):					
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado Domingo
Comidas consumidas donde el Proveedor/en el Centro: (Indicar todas las que se aplican) CACFP provee reembolso por hasta 2 comidas y un snack por día/por participante					
Desayuno	Snack en la mañana	Almuerzo	Snack en la tarde	Cena	Snack en la noche

PARTE 2A - LOS HOGARES RECIBIENDO ACTUALMENTE COUPONES DE ALIMENTOS O ABC PARA SUS HIJOS Complete esta Parte y firme la solicitud en la Parte 4 -- No complete Parte 3

Numero de expediente de caso de cupones para alimentos: _____ Numero de caso de **TANF**: _____

PARTE 2 B - OTROS HOGARES - Si Ud dio su numero de expediente de cupones de alimentos **TANF**, complete esta Parte y firme la solicitud en las Parte 3.

NOMBRES	INGRESO ACTUAL/FRECUENCIA			
Escriba los nombres de todos miembros de su hogar	Ganania de empleo (Antes deducciones) Empleo #1	Bienstar, Susteno de Ninos, Pension Alimenticia	Pagos de Pensiones Reiro, Seguro Social	Empleo #2 u Otro Ingreso
1	\$:	\$:	\$:	\$:
2	\$:	\$:	\$:	\$:
3	\$:	\$:	\$:	\$:
4	\$:	\$:	\$:	\$:
5	\$:	\$:	\$:	\$:
6	\$:	\$:	\$:	\$:

PARTE 2C - HIJO DE CRIANZA: Complete esta Parte y firme la solicitud en la Parte 3. Si este es un hijo de crianza, marque en la caja []. Escriba el ingreso del nini y cada cuanto lo recibe aquí: \$ _____/_____

PARTE 3 - FIRMA: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar **MULTAS POR REPRESENTACION FALSA:** Yo entiendo que toda la informacion arriba presentada es veridica y correcta y que los numeros de cupones de alimentos/ABC son correctos o que han delcarado todos los ingresos. Entiendo que esta informacion se facilita para poder obtener fondos federales; que los oficiales escolares pueden comprobar la informacion en la solicitud y que la falsificacion deliberada de los datos puede exponerme a ser enjuiciado conforme al las leyes Federales Y Estatales pertinentes.

Firma del Adulto _____ Nombre en Letra de Molde del Adulto _____
 Fecha Firmado: _____ Seguro Social: _____ Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____
 Direccion del domicilio: _____ Codigo Postal: _____

PARTE 4 - IDENTIDAD RACIAL/ETNICA: Ud no esta obligado a contestar esta pregunta.

[] Blanco, no de origen Hispano [] Hispano [] Negro, no de origen Hispano
 [] Asiatico o Isleno Pacifico [] Indio Americano/Alaska

PARTE 4 - IDENTIDAD RACIAL/ETNICA: Ud no esta obligado a contestar esta pregunta. La seccion 9 de lay ley Federal de Comedores Escolares requiere que incluya un numero de seguro social en la solicitud a menos que este escrito el numero de caso de cupones de alimentos/ABC de su hijo. Este puede ser el numero de seguro social del padre o guardian que es el asalariado principal o el seguro social de un miembro adulto del hogar que firma la solicitud o una indicacion que ningun miembro del hogar tiene un numero de seguro social. El proveer un numero de seguro de social no es obligatorio, sin embargo si no se provee o no hay indicacion que ni el asalariado ni el miembro adulto del hogar que firma la solicitud lo tiene, la solicitud no se puede aprobar. Este aviso se le debe notificar al miembro del hogar quien provee su numero de seguro social. El numero de seguro social puede ser utilizado para indentificar al miembro del hogar en el proceso de comprobar la exactitud de la informacion declarada en la solicitud. Estas actividades de comprobación se pueden llevar a cabo a traves de revisiones de programa e investigaciones y pueden incluir ponerse en contacto con un patrono para determinar el ingreso, con una oficina de bienestar publico para determinar la certificación actual de beneficios de cupones de alimentos o ABC, con la ofician estado de seguridad de empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobar la documentacion producida por el miembro del hogar para demostrar la cantidad reciba. Estos esfuerzos pueden resultar en la perdida de beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si la informacion dada es incorrecta.

PARA USO INSTITUCIONAL SOLAMENTE: Food Stamp/**TANF** household/**Head Start/ECAP** categorically eligible: [] YES : [] NO

Total Family Income: _____ Family Size: _____
 (Yearly Conversion: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12)

Eligibility Classification: FREE [] REDUCED [] PAID []

Determining Official Signature: _____ Date: _____