

Estimado Padre/Guardian:

El _____ Day Care Center/Head Start Program, esta buscando asistencia para comidas nutritivas servidas con el Programa de Comida para Niños y Adultos. Este Programa está fundado por el U.S. Departamento de Agricultura y administrado por el Departamento de Educación del Estado de Connecticut.

Nuestro programa recibiría reembolso por comidas que se sirven a nuestros niños basados en la elegibilidad de gratis o reducidos. Nosotros debemos documentar la elegibilidad de estos niños obteniendo el tamaño y el ingreso familiar. Familias con ingresos menor o igual a nuestra escala de ingresos de la siguiente página son elegibles para comidas sin costo. Por favor completar, firmar, fechar y regresar la aplicación adjunta. **La información que usted proveerá es confidencial y usada únicamente para determinar su elegibilidad.**

SNAP(anteriormente, cupones de alimento)/TFA JEFES DE FAMILIA: Si usted actualmente recibe el Programa de asistencia suplemental de Nutrición o SNAP antes conocido como cupones de alimento o Asistencia Familiar Temporal (TFA) para su niño, usted solo debe listar el nombre de su hijo, numero de su caso de TFA y firmar la aplicación.

OTROS JEFES DE FAMILIA: Si su ingreso es menor al nivel que presentamos en la escala de la página adjunta, es necesario proveer la siguiente información, para que su aplicación sea procesada.

MIEMBROS DE FAMILIA: Anotar el nombre de cada persona que vive en su casa, incluya padres, abuelos, todos los niños, familiares y no familiares que viven en su hogar.

NUMEROS DE SEGURO SOCIAL: Anotar el número del Seguro Social del adulto que firma la aplicación. Si la persona que firma no tiene un seguro social, escribir la palabra "none"

INGRESO ACTUALIZADO: Anotar por cada adulto la cantidad de ingreso del último mes (ANTES de deducciones, etc.) y de donde proviene, por ejemplo salario, retiro, o asistencia estatal. Si el ingreso mensual de un miembro de familia es diferente cada mes, se puede anotar una cantidad promedio.

FIRMA: Un adulto miembro de familia debe firmar la aplicación.

REPORTANDO CAMBIOS: De acuerdo con la re-autorización del Acta de 2004 de Nutrición del Niño y de WIC, las familias no están requeridas a reportar cambios de circunstancias tales como incrementos en ingresos(previamente de \$ 50 por mes o \$600 por año), o bajas en el tamaño familiar, o cuando la familia deja de estar calificada para los beneficios de cupones de alimento o Asistencia Temporal Familiar (TFA). Una vez que la familia ha sido aprobada para las comidas sin costo o reducido, la familia permanecerá elegible por un periodo no mayor de 12 meses.

NINOS DE CRIANZA: En ciertos casos, niños de crianza son elegibles para estos beneficios sin considerar el ingreso familiar. Si una familia tiene un niño, que es protegido legal del Estado de Connecticut, este niño es considerado familia de uno, y su ingreso de uso personal (PUI) debe ser listado.

NO DISCRIMINACION: De acuerdo con la Ley Federal y el reglamento del Departamento de Agricultura de U.S., esta institución esta prohibida de discriminar por raza, color, nacionalidad origen, sexo o incapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escribir a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC. 20250-9410 o llamar al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

REAPLICACION: Si usted no es elegible en este momento, pero tiene una baja en sus ingresos, o un incremento en su tamaño familiar o está desempleado, llene una nueva aplicación. Si algún miembro de la familia queda desempleado, son elegibles para comidas gratis o reducidas durante el periodo de desempleo.

Muestra APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Centro de Cuidado de Niños/Programa de Nutrición de Head Start

PARTE 1 – Nombre del Niño(a): _____ **Edad:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Programa Normal de Cuidado del Niño(a) (Marque todos los que aplican): lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
Hora Normal de Cuidado del Niño(a) (incluya horas e indique AM o PM): _____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM
Servicio(s) Normal de Alimento que será ofrecido al Niño(a): Desayuno Refrigerio AM Almuerzo Refrigerio PM Cena

PARTE 2A – HOGAR QUE AL PRESENTE RECIBE BENEFICIOS DE SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) O ASISTENCIA TEMPORERA A FAMILIAS (TFA): Complete esta Parte y luego firme en la Parte 3 - NO complete la Parte 2B.

Número de SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos): _____
 Número de Caso de TFA (Asistencia Temporal a Familias): _____

PARTE 2B – TODOS LOS DEMÁS EN EL HOGAR: Si nó completo la Parte 2A, complete esta Parte y la Parte 3.

NOMBRES	INGRESO MENSUAL ACTUAL			
	Ingresos del Trabajo (Antes de las Deducciones) Empleo 1	Welfare, Sustento de Niños, Sustento de Cónyuge	Pagos de Pensión, Retiro, Seguro Social	Ingreso del segundo empleo o cualquier otro Ingreso
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARTE 2C – HIJO DE CRIANZA: Complete esta Parte y la Parte 3. En ciertos casos, los hijos de crianza son elegibles para alimentos gratis o de costo reducido al pesar del ingreso del hogar. Si este es un niño puesto por el estado, marque aquí y escriba el ingreso del “uso personal” del niño(a): \$ _____ y cuan a menudo lo recibe: _____.

PARTE 3 – FIRMA: Un adulto del hogar debe firmar y fechar la aplicación antes de que pueda ser aprobada.

PENALIDADES DE FALSA REPRESENTACIÓN: Yo certifico que toda la información arriba es verdadera y correcta y que los números de casos de los cupones y de TFA son actuales, correctos o que todo el ingreso esta reportado. Yo entiendo que esta información esta siendo dada para el recibimiento de fondos federales; que los oficiales de la institución pueden verificar la información en la aplicación y que la falsa representación al propósito de la información puede someterme a persecución bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.

Firma del adulto _____ **Numero de Seguro Social** _____ - _____ - _____
 Nombre deletreado del adulto _____ **Fecha firmado** _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono de Empleo _____ Dirección _____ Código postal _____

PARTE 4 – RAZA/IDENTIDAD ÉTNICA: No es requerido que usted conteste esta pregunta.

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Raza: Blanco Negro o Afro-Americano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico

Declaración del Acto de Privacidad. Esta parte explica como la información que usted provee será usada. La Sección 9 del Acta Nacional de Almuerzos Escolares requiere que a menos que el número de SNAP o TFA del participante sea provisto, usted debe incluir el número de seguro social del miembro del hogar firmando la aplicación o una indicación que el miembro del hogar firmando la aplicación no posee un número de seguro social. La provisión de un número de seguro social no es mandatorio, pero si un numero de seguro social no es proviatio o una indicación no es echa que el miembro adulto del hogar firmando la aplicación no tiene uno, la aplicación no puede ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar el miembro del hogar en llevar acabo esfuerzos de verificar las correcciones de información declarada en la aplicación. Estos esfuerzos pueden ser llevados acabo a través de revisiones del programa, auditorías, e investigaciones y pueden incluir el contactar los empleadores para determinar ingresos, contactar la oficina de SNAP o TFA para determinar certificación actual para el recibimiento de SNAP o beneficios de TFA, contactar la oficina de seguridad de empleados del Estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisando la documentación producida por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingreso recibido. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, demandas administrativas, o acciones legales si la información reportada es incorrecta. El número de seguro social también puede ser revelado a programas autorizados bajo el Acta Nacional de Almuerzos Escolares y el Acta de Nutrición de Niños, el Interventor General de los Estados Unidos, y los agentes de la ley para el propósito de investigar la violaciones de ciertos programas Federales, Estatales y educación local, de salud y nutrición. Información concerniente a su ingreso puede ser compartida con programas de educación, salud y programas de nutrición para ayudar a evaluar o determinar beneficios para dichos programas; auditores de los programas y oficiales de gobierno para ayudar a identificar violaciones a los reglamentos del programa. Su información también puede ser compartida con el programa de Medicaid o el programa de salud médico para niños (HUSKY), a menos que usted nos pida lo contrario por escrito 30 días después de completar esta aplicación. La información, si es compartida, sera utilizada para identificar niños elegibles para los programas de Medicaid o HUSKY.

Solo Para el Uso del Patrocinador

Conversión del Ingreso Mensual: Semanal X 52 ♦ Cada 2 Semanas X 26 ♦ Dos veces al Mes X 24 ♦ Mensual X 12

Ingreso Total de la Familia \$ _____ Tamaño de la Familia _____ O Hogar recibiendo SNAP/Beneficios de TFA

Elegible Gratis: Elegible Reducido: Sobre Ingreso: Elegible Temporeramente: Grátis Reducida Periodo de Tiempo: _____

Oficial de Elegibilidad del Patrocinador _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES DE LA APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Favor de completar la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos usando las instrucciones que siguen. Firme la aplicación y regresela al programa. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando la aplicación, contacte a _____ al _____.

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL NIÑO(A): COMPLETE ESTA PARTE. Deletree el nombre del niño(a) inscrito en el programa. Incluya la edad y fecha de nacimiento. Marque los días de la semana que el niño(a) asistirá al programa. Ponga las horas normales que el niño(a) estará en el centro. Marque los alimentos que el niño(a) normalmente será servido mientras esté en el programa. Favor de llenar una aplicación para cada niño(a) inscrito.

PARTE 2A – HOGARES RECIBIENDO SNAP (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) O ASISTENCIA TEMPORARIA FAMILIAR (TFA):

COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3.

1. Anote el número de caso de SNAP (anteriormente Cupones de Alimentos) o el número de TFA actual del niño(a). No complete la Parte 2B.
2. Un miembro del hogar adulto debe firmar la aplicación en la Parte 3. Un número de seguro social no es requerido.

PARTE 2B – TODOS LOS DEMÁS EN EL HOGAR: COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3.

1. Escriba el nombre de todas las personas en su hogar aunque no tengan ingresos.
2. Escriba la cantidad de ingresos (la cantidad antes de que los impuestos u otras cosas sean deducidos) recibidos el mes **pasado** para cada uno de los miembros del hogar y de donde vino, tal como ingresos, welfare, pensiones, y otros ingresos (refiera a los ejemplos en la parte de abajo para los tipos de ingresos que reportar). Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo normal, escriba el ingreso normal de la persona.
3. Un miembro adulto del hogar debe firmar esta aplicación de elegibilidad de ingresos y dar su número de seguro social en la PARTE 3.

PARTE 2C – HIJOS DE CRIANZA: COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 3 PARA CADA HIJO DE CRIANZA QUE VIVE EN SU HOGAR E INSCRITO EN EL PROGRAMA.

1. Escriba el ingreso mensual de “uso personal” del niño(a). Escriba “0” si no recibe ingresos de “uso personal”.
2. Un padre de crianza u otro oficial representando al niño(a) debe firmar la aplicación en la Parte 3. Un número de seguro social no es requerido.

PARTE 3 – FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTA PARTE.

1. Todas las aplicaciones de elegibilidad de ingresos deben tener la firma de un miembro adulto del hogar.
2. El miembro adulto del hogar que firme la aplicación debe incluir su número de seguro social. Si el/ella no tiene un número de seguro social, escriba “ninguno”. Si un número de SNAP o TFA es anotado, no se necesita un número de seguro social.

INGRESOS A REPORTAR

Ingresos de Empleo

Ganancias/salarios/propinas
Beneficios de Huelga
Compensación de Desempleo
Compensación de Empleados
Ingreso limpio de negocios o
fincas propias

Pensiones/Retiros/Seguro Social

Pensiones
Ingresos de Seguridad Suplemental
Ingresos de Retiro
Pagos de Veteranos
Seguro Social

Otros Ingresos

Beneficios de Incapacidad
Dinero retirado de cuentas de ahorros
Intereses/dividendos
Ingresos de
propiedades/fondos/inversiones
Contribuciones regulares por
personas que no viven en el
hogar

Ingresos del Niño(a) Adoptado

Solo los fondos de la agencia del welfare identificados por categoría para el uso personal del niño(a) (ropa, pagos de escuela, etc. fondos de la familia del niño(a) para el uso personal y ganancias que no sean de trabajos ocasionales.) No cuente fondos de la agencia de welfare para refugio, cuidado, etc.

Welfare/Sustento de Niños y/o Cónyuge

Pagos de asistencia pública
Pagos del Welfare
Pagos de Sustento de Niños y/o Cónyuge

Realezas limpias/anualidades/
Ingresos limpios de renta
Cualquier otro ingreso

Hogares Militares

Todo ingreso monetario, incluyendo viviendas militares/mensualidades para uniformes. No incluye beneficios “donados” no pagados monetariamente (viviendas en base, ropa, comida, cuidado médico, etc.).

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los E. U., 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, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.