

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR PARA CENTROS DEL CUIDADO PARA NIÑOS
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA NIÑOS Y ADULTOS**

1. Todos los miembros de la familia	2.	3.
Nombres de todos los miembros de la familia Primer nombre, Segundo nombre, Apellido	Edades de los niños en el Centro	NIÑO EN HOGAR TEMPORAL Un niño en hogar temporal es responsabilidad legal de DCFS o de la corte. Si todos son niños en hogar temporal, saltar al #6.
		Número de Caso SNAP o TANF Saltar a la Parte 6, si anota un número de caso SNAP o TANF. Debe anotarse a continuación al menos un SNAP/TANF:
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

4. Sin hogar, Migrante o Fugitivo

Sin hogar
 Migrante
 Fugitivo

_____ Firma del Contacto Escolar de Personas sin hogar o Coordinador Migratorio
 _____ Fecha

5. Ingreso Bruto Total de la Familia (antes de deducciones) Debe indicarnos la cantidad y la frecuencia.

Nombres (Anote todos los miembros de la familia con ingresos)	Ingreso Bruto y frecuencia con que se recibe (Ejemplo: \$100/mensual; \$100/dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100/semanal)							
	Ingresos Laborales (Antes de Deducciones)		Bienestar, Soporte Infantil y Pensión Alimenticia		Pensiones, Retiros, Seguridad Social		Compensación laboral, por Desempleo, SSI, etc. (Otros Ingresos)	
	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

6. Firma y Número de Seguro Social (los adultos que deben firmar)

La solicitud debe firmarla un miembro adulto de la familia. En caso de que la Parte 5 sea completada o se anoten cero ingresos, el adulto que firma el formulario también debe anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar "No tengo número de seguro social."

 X X X - X X - _____
 No tengo Número de Seguro Social

Número de Seguro Social

Certifico que toda la información en esta solicitud es cierta y se reportan todos los ingresos. Comprendo que el centro obtendrá fondos federales en base a la información que proporciono. Entiendo que la institución, Junta de Educación del Estado de Illinois, o la Oficina del Inspector General, puede verificar la información de esta solicitud. La falsificación deliberada de información puede exponerme a ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales.

_____ Fecha
 _____ Nombre en letra de molde del miembro adulto de la familia
 _____ Firma del miembro adulto de la familia

7. Contacto de Información (Opcional)

_____ Número telefónico del trabajo (con Código de Área)
 _____ Número telefónico de casa (con Código de Área)
 _____ Domicilio del hogar (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

8. Opcional – compartir Información con todos los Programas de Seguros para Niños

¿Podríamos compartir su información de esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids, el programa de seguro de salud integral para todos los niños en Illinois? si su respuesta es sí, no firme a continuación.

No, no quiero que se comparta la información de mi solicitud con el Programa de Seguros All Kids.

Fecha: _____ Firma aquí: _____

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La Ley Nacional del Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No está obligado a proporcionarla, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba comidas gratuitas o con descuento. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma esta solicitud. No se requiere el número de seguro social cuando usted hace la solicitud a nombre de un niño en hogar temporal o cuando anota el número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) u otra identificación FDPIR para su hijo o cuando usted indique que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o con descuento, y para la administración y aplicación del Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos, PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, contar con auditores para revisar programas y con oficiales de la ley que los ayude a investigar infracciones de las normas del programa.

SÓLO PARA USO DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO PARA NIÑOS—DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD - COMPLETE LAS SECCIONES A, B y C A CONTINUACIÓN
 Siga las instrucciones de las instituciones para procesar las solicitudes disponibles de elegibilidad de las familias en www.isbe.net/nutrition.

SECCIÓN A	Conversión de ingreso anual Semanal X 52 Cada 2 Semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12 Convertir los ingresos sólo si se notifican diferentes frecuencias de pago	
INGRESO TOTAL \$ _____ Por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año NÚMERO EN LA FAMILIA: _____		
<input type="checkbox"/> Gratuito en base a: <input type="checkbox"/> niño en hogar temporal <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> SNAP o TANF <input type="checkbox"/> fugitivo <input type="checkbox"/> sin hogar <input type="checkbox"/> ingreso familiar	<input type="checkbox"/> Descuento en base a: <input type="checkbox"/> ingreso familiar	<input type="checkbox"/> Rechazado—Motivo: <input type="checkbox"/> ingreso demasiado elevado <input type="checkbox"/> solicitud incompleta <input type="checkbox"/> No califica para SNAP/TANF

SECCIÓN B Firma de Determinación Oficial _____ Fecha _____

SECCIÓN C Fecha Efectiva de esta solicitud: _____

La fecha efectiva se puede hacer retroactiva al primer día de participación del niño en el CACFP, si esto ocurre dentro del mismo mes en el cual se certifica la elegibilidad del niño.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR

Siga estas instrucciones y devuelva el formulario completo a su Centro. Una vez aprobados los beneficios de comidas, la Solicitud de Elegibilidad Familiar de un niño es efectiva por 12 meses.

NIÑO(S) EN HOGARES TEMPORALES

Un niño en hogar temporal es responsabilidad legal del Estado a través de una agencia de cuidado temporal o de la corte. Si envía la documentación de la agencia estatal o local de que el niño está en un hogar temporal, esa documentación sustituye por completo la solicitud de elegibilidad familiar.

- 1) si todos los niños en su familia (que asisten a este centro) son niños en hogar temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o de la corte, proporcione lo siguiente:
 - Parte 1—Anotar el (los) nombre(s) y edad(es) de su(s) niño(s) en hogar temporal que asisten a este centro.
 - Parte 2—Marcar la(s) casilla(s) que indican niño(s) en hogar temporal.
 - Parte 3—5 Saltar.
 - Parte 6—Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud.
 - Parte 7-8 (OPCIONAL)
- 2) si tiene algunos niños en hogar temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o de la corte junto a otros niños que asisten a este centro, por favor proporcione lo siguiente:
 - Parte 1—Anotar a TODOS los miembros de la familia, incluyendo al (los) niño(s) en hogar temporal, y la(s) edad(es) del (los) niño(s) que asiste(n) a este centro.
 - Parte 2—Marcar la(s) casilla(s) que indican niño(s) en hogar temporal.
 - Parte 3—Registrar un número de caso de SNAP/TANF válido, si aplica.
 - Parte 4—Saltar
 - Complete las Partes 5 y 6, si aplica. Consultar las instrucciones de la sección **INGRESO—REPORTE FAMILIAR**.
 - Parte 7-8 (OPCIONAL)

BENEFICIOS SNAP O TANF - FAMILIAS RECEPTORAS

Si cualquier miembro (niño o adulto) de su familia recibe beneficios SNAP o TANF, proporcione lo siguiente:

- Parte 1—Anotar a TODOS los miembros de la familia (incluyendo abuelos, otros familiares, o amigos que viven con usted) y la(s) edad(es) del (los) niño(s) que asiste(n) a este centro.
- Parte 2—Saltar
- Parte 3—Registrar un número de caso de SNAP o TANF válido para cualquier miembro (niño o adulto) de su familia. Usted encontrará el número de su caso SNAP o TANF en su carta de elegibilidad de beneficios.
- Parte 4—5 Saltar
- Parte 6—Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud.
- Parte 7-8 (OPCIONAL)

SIN HOGAR, MIGRANTE O FUGITIVO

Si ninguna persona en su familia recibe beneficios SNAP o TANF y si algún niño está sin hogar, es migrante o fugitivo, siga las siguientes instrucciones.

- Parte 1—Anotar a TODOS los miembros de la familia, y la(s) edad(es) del (los) niño(s) que asiste(n) a este centro.
- Parte 2—3 Saltar
- Parte 4—Si algún niño que está con usted aplica como sin hogar, migrante o fugitivo, marcar la casilla correspondiente y llamar a su escuela local.
- Parte 5—Llenar sólo si un niño en su familia no es elegible de acuerdo a la Parte 4. Consultar las instrucciones de la sección **INGRESO—REPORTE FAMILIAR** que está a continuación y complete las Partes 5 y 6.
- Parte 6—Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud.
- Parte 7-8 (OPCIONAL)

INGRESO - REPORTE FAMILIAR

Si ninguna persona en su familia recibe beneficios SNAP o TANF, por favor reporte todo ingreso familiar. La Solicitud de Elegibilidad Familiar debe incluir la siguiente información:

- Parte 1—Anotar los nombres de TODOS los miembros de la familia, y la(s) edad(es) del (los) niño(s) que asiste(n) a este centro.
- Parte 2—4 Saltar
- Parte 5—Anotar el ingreso bruto total (antes de deducciones), no el sueldo neto; y la frecuencia, que tan seguido se recibe el dinero, para cada miembro de la familia durante el último mes. Si el ingreso del último mes no corresponde a la cantidad usual que generalmente recibe, usted puede proporcionar un monto proyectado que represente mejor su ingreso bruto.
 - o SÓLO para los trabajadores autónomos, anotar los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler.
 - o si usted está en la iniciativa de Privatización de Hogares Militares o recibe un pago por combate, no incluya esos subsidios como ingresos.
 - o si usted no tiene ingresos, anote cero en la columna de ingresos laborales.
- Parte 6—Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud. También, proporcione los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma la solicitud. Si usted se rehúsa a proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social, la solicitud no puede ser autorizada. Si el adulto no cuenta con un número de seguro social, marcar la casilla, "no tengo número de seguro social".
- Parte 7-8 (OPCIONAL)

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que ne-cesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, siste-ma Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en con-tacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con difi-cultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la in-formación del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de dis-criminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la infor-mación solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: correo: U.S. Department of Agricultu-re, 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 institu-ción es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.