



Departamento de Salud Humanos de Carolina del Norte  
 División de Salud Pública  
 Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos  
**Solicitud de elegibilidad de ingresos del niño**



Nombre del Institución \_\_\_\_\_ Nombre del Instalación: \_\_\_\_\_ Acuerdo#: \_\_\_\_\_

1. Nombre del Participante y Fecha de Nacimiento:

Nombre Apellido Fecha de Nacimiento Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

2. SNAP o FDPIR o TANF, dé el número de caso:

SNAP # \_\_\_\_\_ TANF#: \_\_\_\_\_ FDPIR # \_\_\_\_\_

Si recibe beneficios y ha dado el número de caso, **NO llene los números 3 y 4. Llene sólo los números 5 (optativo) y 6.**

3. ¿Es éste un menor de crianza temporal (*foster*)?  Sí  No; ¿sin hogar?  Sí  No; ¿de una familia migrante?  Sí  No

4. INGRESO MENSUAL DE TODOS EN EL HOGAR:

| Nombre de todos los que viven en el hogar | Sueldos/ salarios mensuales | Ingresos mensuales: Seguro Social | Ingresos mensuales: Asistencia Pública/ Mantenimiento de Niños | Ingresos mensuales: Jubilación o Pensión | Ingresos mensuales -- Otros |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|
|   | \$                          | \$                                | \$   | \$                                       | \$                          |
|   | \$                          | \$                                | \$   | \$                                       | \$                          |
|   | \$                          | \$                                | \$   | \$                                       | \$                          |
|   | \$                          | \$                                | \$   | \$                                       | \$                          |

5. IDENTIDAD ÉTNICA (Marque sólo uno):  Hispana o Latina  Ni Hispana ni Latina

IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE (Marque uno o más):  Blanca  Morena/Negra o Afroamericana  Asiática  
 Indígena americano/Nativa de Alaska  Nativa de Hawai'i o de otras islas del Pacífico

6. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información dada arriba es verídica y correcta y que se ha reportado todo el ingreso. Entiendo que estoy dando esta información para recibir fondos federales; los funcionarios de la entidad pueden verificar la información dada en la solicitud y si falsifico información intencionalmente, se me puede enjuiciar de acuerdo con las leyes penales federales y estatales pertinentes.

Últimos cuatro números del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene   
**Firma de un adulto en el hogar (Requerido)** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (Requerido para los hogares que califican por ingresos)

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

La Ley nacional sobre almuerzos escolares exige la información solicitada en esta solicitud. No se le obliga a dar esa información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para que reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Usted debe proveer los últimos cuatro números del Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro números del Seguro Social cuando usted solicita de parte de un niño de crianza temporal o si usted indica un número de caso de SNAP/Cupones para comidas, TANF/Ayuda temporal para familias necesitadas o FDPIR/Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas para su niño o si usted indica que el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Se usará su información para determinar si su niño tiene derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos, en la administración del programa y en su cumplimiento. Si el niño participa en *Head Start*, automáticamente tendrá derecho a recibir beneficios gratuitos del Programa de comidas, siempre que los funcionarios de *Head Start* hayan presentado una declaración de *Head Start* de que el niño reúne las condiciones de ingreso o la documentación que lo indica.

**Para uso exclusivo de la Institución/Patrocinador**

NÚM. DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$ \_\_\_\_\_

Se aprueba:  gratis  reducido  se niega

Razón por la negación:  ingresos demasiado altos  solicitud incompleta \_\_\_\_\_  otros \_\_\_\_\_

Se retiró el (fecha): \_\_\_\_\_

**For state use only**

Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verified classification:

Free  Reduced-Price  Denied

Reason for change in classification: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario de calificación (Requerido)

Fecha (Requerido)

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD E INTEGRAR EN EL CACFP

Sírvase llenar la Solicitud para poder integrar el programa de comidas en el cuidado de niños y adultos usando las instrucciones que se dan a continuación. Firme la declaración y regrésela a la guardería infantil.

### 1. INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPANTE(S): Llene este parte.

Dé el nombre (en letra de imprenta) de cada uno de los niños inscritos en la guardería.

### 2. HOGAR QUE RECIBE BENEFICIOS SNAP, TANF O FDPIR: Llene esta PARTE y la PARTE 6.

- 1) Dé su número de identificación actual si recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR.
- 2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración en la parte 6.

### 3. MENOR DE EDAD DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER).

1) Indique si el niño es de crianza temporal o si no tiene hogar. Hogares con menores de crianza temporal o menores sin crianza temporal pueden optar por incluir al menor de crianza temporal como miembro del hogar, así como cualquier ingreso personal ganado por el menor de edad de crianza temporal, en la misma solicitud para el hogar que incluye los menores de edad sin crianza temporal. Además, cuando una familia anfitriona solicita comidas gratuitas o a precios reducidos para sus propios hijos, la familia anfitriona puede incluir a la familia sin hogar como miembros del hogar si la familia anfitriona mantiene económicamente a la familia sin hogar. En tal caso, la familia anfitriona también debe incluir cualquier ingreso recibido por la familia sin hogar.

- 2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración en la parte 6.

### 4. INGRESOS DEL HOGAR. Llene esta parte y la parte 6.

- 1) Dé los nombres de todos los que viven en el hogar.
- 2) Indique la cantidad de todos los ingresos brutos (*antes* de la deducción de impuestos o cualquier otra deducción) y la frecuencia del ingreso (por semana, quincenal, bimensual o mensual) recibido el **mes pasado** por cada persona que vive en el hogar y su procedencia, por ejemplo, ingresos del trabajo/empleo, asistencia social, pensiones/jubilaciones y otros ingresos (refiérase a los ejemplos más abajo para los tipos de ingresos que se deben divulgar). Si alguna cantidad fue más alta o más baja de lo normal, anote el ingreso normal para esa persona.
- 3) Un adulto de dicho hogar debe firmar esta declaración y dar los últimos cuatro números del Seguro Social en la parte 6.

### PARTE 5. IDENTIDAD ÉTNICA/RACIAL:

Llene estos datos.

### PARTE 6. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Todos los hogares deben llenar esta PARTE.

- 1) Todas las declaraciones para poder integrar al programa deben ser firmadas por un adulto que vive en el hogar.
- 2) El adulto del hogar que firma la declaración debe incluir su número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, ponga "ninguno". Si dio un número para beneficios SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario dar el número de Seguro Social.

#### INGRESOS QUE SE DEBEN DIVULGAR

| <u>Ingresos del trabajo/empleo</u>   | <u>Pensiones/jubilación/Seguro Social</u>   | <u>Otros Ingresos</u>   |
|--|---|---|
| Sueldos/salarios/propinas<br>Beneficios por huelga   | Pensiones<br>Ingresos por suplemento al Seguro Social   | Beneficios por discapacidad<br>Efectivo sacado de cuenta de ahorros<br>Intereses/dividendos   |
| <u>Compensación por estar desempleado</u><br>Seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo ( <i>Worker's Compensation</i> )<br>Ingresos netos por ser propietario de una empresa o granja/finca agrícola | Ingresos por jubilación<br>Pagos por ser veterano de guerra<br>Seguro Social  | Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia<br>Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar<br>Regalías o anualidades netas |
| <u>Beneficencia social/Mantenimiento de niños o del cónyuge</u><br>Pagos por asistencia pública<br>Pagos de asistencia social<br>Pagos para mantenimiento de niños o del cónyuge   | <u>Hogares militares</u><br>Todo ingreso en efectivo, incluyendo subsidios para vivienda y uniformes. NO incluye beneficios "en especie" que NO se pagan en efectivo (vivienda, ropa, comida, atención médica, etc., en una base militar) | Ingresos netos por arriendos/alquileres<br>Cualquier otro ingreso   |

**CARTA A PADRE, MADRE, TUTOR U HOGAR PARA INSTITUCIONES QUE NO PUEDEN COBRAN POR SEPARADO POR COMIDA - PROGRAMA DE COMIDAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)**

Estimado padre/madre/tutor:

Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos federales que exigen que todos los años se presente una Solicitud para poder integrar en el programa. Se usará esta solicitud solamente para determinar si reúne las condiciones de participación; luego se colocará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. Para que se pueda calificar a los participantes y a la guardería infantil para que reciben los beneficios del programa, un adulto que vive en el hogar debe llenar esta Solicitud para cada participante inscrito en la guardería lo antes posible, además, debe firmar y fechar esa Solicitud y entregarla a la guardería infantil. No es obligatorio que llene la solicitud, a menos que usted quiere ser considerado con derecho a un participante para comidas gratuitas o a precios reducidos.

Si usted ahora recibe beneficios de SNAP/Cupones de comida, TANF/Ayuda temporaria para familias necesitadas o de FDPIR/ Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas, no se le exige dar datos sobre los ingresos del hogar. Usted puede dar su número de caso para SNAP, TANF o FDPIR, y debe firmar, fechar y entregar la Solicitud. Sírvase notar también que si usted tiene un menor de crianza temporal (*foster*), es posible que la guardería reúna las condiciones para recibir beneficios del programa para dicho menor de crianza temporal tiene derecho automático a estos beneficios de comidas gratuitas, sujeto a que se llena la solicitud.

Usted también debe notar que si tiene un menor de crianza temporal, la guardería infantil tiene derecho a los beneficios del programa para este menor, sin tener en cuenta el ingreso de su hogar. Los hogares con menores de crianza temporal e hijos no de crianza temporal puede optar por incluir al menor de crianza temporal como un miembro del hogar, así como todo ingreso personal ganado por ese menor de crianza temporal, en la misma solicitud que incluye a los hijos no de crianza temporal. Sírvase comunicarse con la institución para otras instrucciones.

Usted debe dar el nombre de cada persona que vive en ese hogar, incluyendo niños, padres, abuelos y otros parientes. El Departamento de Agricultura define un hogar como un grupo de personas, sean parientes o no (y no deben ser residentes de una institución o pensión o casa de huéspedes), que viven como una unidad económica (es decir, todos contribuyen a los gastos de vivir juntos).

El ingreso que usted indica **debe** ser el ingreso bruto total, antes de cualquier deducción, que fue recibido el mes pasado por todas las personas que viven en el hogar (por ejemplo, sueldos, beneficencia social o jubilación, etc.). Los beneficios militares que se reciben en efectivo, tales como subsidios de vivienda para los que viven fuera de la base militar y subsidios para comida y ropa, **deben** considerarse como ingreso. Si en su hogar vive una persona cuyo ingreso el mes pasado fue más alto o más bajo de lo normal, dé el ingreso mensual promedio que esa persona generalmente gana.

| <b>EN VIGENCIA DEL 1º DE JULIO DEL 2021 AL 30 DE JUNIO DEL 2022</b> |                      |                        |                          |                          |                        |
|---|----------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>DIRECTIVAS PARA INGRESOS REDUCIDOS</b>                           |                      |                        |                          |                          |                        |
| <b>Número de personas que viven en el hogar</b>                     | <b>Ingreso anual</b> | <b>Ingreso mensual</b> | <b>Ingreso quincenal</b> | <b>Ingreso bimensual</b> | <b>Ingreso semanal</b> |
| <b>1</b>  | \$23,828             | \$1,986                | \$993                    | \$917                    | \$459                  |
| <b>2</b>  | \$32,227             | \$2,686                | \$1,343                  | \$1,240                  | \$620                  |
| <b>3</b>  | \$40,626             | \$3,386                | \$1,693                  | \$1,563                  | \$782                  |
| <b>4</b>  | \$49,025             | \$4,086                | \$2,043                  | \$1,886                  | \$943                  |
| <b>5</b>  | \$57,424             | \$4,786                | \$2,393                  | \$2,209                  | \$1,105                |
| <b>6</b>  | \$65,823             | \$5,486                | \$2,743                  | \$2,532                  | \$1,266                |
| <b>7</b>  | \$74,222             | \$6,186                | \$3,093                  | \$2,855                  | \$1,428                |
| <b>8</b>  | \$82,621             | \$6,886                | \$3,443                  | \$3,178                  | \$1,589                |
| <b>Para cada persona adicional en el hogar agregue:</b>             | \$8,399              | \$700                  | \$350                    | \$324                    | \$162                  |

Usted puede presentar una solicitud para calificarse en el programa en cualquier momento del año fiscal. Participantes cuyos miembros de familia pierden su empleo, tienen derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingreso cause que el ingreso de la familia entera, durante el período de desempleo, esté dentro de los parámetros de derecho a dichas comidas.