

APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA INFANTE Y NIÑO

Carrboro Early School

INSTITUTION NAME: Alphabet Soup, Inc. FACILITY NAME: Orange Chatham Early School AGREEMENT #: 8269

1. Nombre del Participante y Fecha de Nacimiento:

Primer Nombre Apellido(s) Fecha de Nacimiento Primer Nombre Apellido(s) Fecha de Nacimiento

2. Número de caso de SNAP, TANF o FDPIR:

SNAP # _____ TANF # _____ FDPIR # _____

Si ha dado el número de caso, NO complete los números 3 y 4. **Llene sólo los números #5 y #6.**

3. ¿Es éste application para un:

Menor de crianza temporal (*foster*)? Sí No ¿Sin hogar? Sí No ¿De una familia migrante? Sí No

4. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Nombres de Todos los Demás Miembros del Hogar	Sueldos/ Salarios Mensuales	Seguro Social Mensual	Asistencia Publica Mensual/ Manutención de Niños	Pensiones Mensuales de Jubilación	Otros Ingresos Mensuales
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

5. IDENTIDAD ÉTNICA: (Marque uno)

Hispano o Latino Ni Hispano o Latino

RAZA: (Marque uno o más) Blanco Negro o Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático Nativo de Hawai'i o de otras islas del Pacífico

6. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta; que la aplicación se realiza en relación con la recepción de fondos federales, que los funcionarios del Programa pueden verificar la información en la aplicación; Y esa tergiversación deliberada de cualquier información en la aplicación puede someterme a procesamiento bajo leyes penales Estatales y Federales aplicables.

Marque si no tiene SSN

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (Requerido **solo** si califica por ingresos)

Firma del Miembro Adulto del Hogar (Requerido) _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____ # Teléfono del hogar _____ # Teléfono del trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su infante/niño para comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social o marcar la casilla "NO SSN" del miembro adulto del hogar que firma la aplicación si califica por ingreso. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son requeridos cuando usted aplica en nombre de un infante/niño de crianza temporal o usted lista un Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) número de caso para su infante/niño u otro identificador FDPIR, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su infante/niño es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del Programa.

To be completed by Institution/Sponsor

TOTAL HOUSEHOLD SIZE _____ TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY INCOME \$ _____

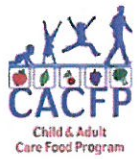
Approved: Free Reduced-Price Denied

Reason for denial: Income too high Incomplete application Other: _____

Withdrawn on (Date): _____

For state use only:
 Verified by: _____ Date: _____
 Verified classification:
 Free Reduced-Price Denied
 Reason for classification change: _____

Signature of Eligibility Official (Individual at the Institution Level) – Required _____ Date – Required _____



Formulario para Inscripción de Infantes y Niños

INSTITUTION
 NAME: Alphabet Soup, Inc.

FACILITY Carrboro Early School I
 NAME: Orange Chatham Early School AGREEMENT#: 8269

Estimado Padre/Tutor,

Este centro/programa recibe fondos de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). CACFP necesita prueba de inscripción para **todos** los niños. Por favor complete la tabla de abajo para cada niño de su familia que esté inscrito en este centro/programa. Asegúrese de firmar y fechar en el espacio de abajo. Gracias.

La siguiente información debe ser completada por el padre o tutor.

Primer Nombre del Participante	Apellido(s) del Participante	Fecha de Nacimiento	Horario normal/típico de atención	Días normales/típicos de atención (marque todos los que corresponden)	Comidas habituales (Marque todos los que corresponden)
			____ a ____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			____ a ____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			____ a ____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			____ a ____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			____ a ____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM

Horario normal/típico de atención: Por favor, escriba la hora habitual de llegada y salida de cada niño. Indique a.m. o p.m. (tarde).

Días normales de cuidado: Por favor, marque con un círculo los días de la semana en que cada niño asiste habitualmente al centro.

(L-Lunes; M-Martes; X- Miércoles; J-Jueves; V-Viernes; S-Sábado; D-Domingo)

Comidas habituales: Marque con un círculo las comida que cada niño habitualmente come en el Centro.

(B-Desayuno; AM-Merienda AM; L-Almuerzo; PM-Merienda PM; S-Cena; LPM-Merienda de noche)

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Imprima el Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

For Facility/Provider Use Only:

Signature of Facility Representative/Provider: _____ Date: _____

Date each child withdrew: _____

For State Use Only: Complete: _____ Incomplete _____ Reason: _____ Verified by: _____ Date: _____