



FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA Comidas gratuitas y precio rebajado en el Programa de Alimentación para Niños y Adultos

_____ le asegura al Departamento de Niños, Juventud, y Familias, y el Servicio de La Niñez

(Nombre del Centro)

Temprana y al programa de Alimentos en el Cuidado de Niños y Adultos, que a todos los participantes registrados y en asistencia se les ofreceran los mismos alimentos. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, 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 DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

INSTRUCCIONES: Complete, firme y devuelva el formulario a la oficina patrocinadora

* **Centro Cuidado de Niños:** Para pedir comidas **GRATUITAS** - Si usted recibe cupones para alimentos, o si recibe ayuda de el programa de la distribución de alimentos en reservaciones de indios (FDPIR), anote los nombres de niños, sus edades, sus fechas de nacimiento, el número de caso que prueba recibiendo cupones de alimentos o de "FDPIR", y firme la declaración. No LLENE todo el formulario.

** **Centro Cuidado de Adultos:** Para pedir comidas **GRATUITAS** - Si el participante es de grupos familiares recibiendo cupones para alimentos, o si recibe servicios de seguro social, o medicaid, anote completo el nombre del adulto, el número de caso que prueba recibiendo cupones de alimentos, SSI, o de Medicaid, y firme el formulario. No LLENE todo el formulario.

Nombre de Participante(s) (si es necesario conecte páginas)				Información de beneficio recibido (si es aplicable, marque la caja del beneficio y proporcione el número de caso requerido)			
Nombre:	Apellido:	Marque si es niño Adoptivo	Fecha de Nacimiento:	Edad	*sólo para centros cuidado de niños (marque la caja)	** sólo para centros cuidado de adultos (marque la caja)	
			/ /		<input type="checkbox"/> Cupones Alimentos	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Cupones Alimentos
			/ /		<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> MED	
			/ /		* Número del Caso:		** Número del Caso:

Niño de Crianza (Adoptivo) complete si el niño es de crianza (Adoptivo)

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____ anote "0" si el niño no recibe ingreso personal.

Miembros Familiar (Anote los nombres de todos los miembros del grupo familiar, inclúyase usted mismo, incluso si no tienen un ingreso los miembros)

Nombre:	Apellido:

Miembros Total: _____

Actual Ingresos (Por favor anote el monto del ingreso que cada persona recibió antes de la deducción para los impuestos o de cualquier otro deducción y de donde provino, tal como sueldo, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Cada monto de los ingresos debe anotarse en la columna correspondiente.)

Sueldo/Salario: \$	Asistencia para hijos(Alimony): \$	Seguro Social: \$
Pensión/Jubilación: \$	Desempleo: \$	Otros Ingreso: \$

Si necesario, convierta los ingresos múltiples a ingresos anuales (Multiplique ingresos semanales por 52, Cada dos semanas por 26, Mensualmente por 12)

Ingresos Total: \$ _____ **Semanal** **Mensual** **Anual** (Marque uno)

Sanciones Por Falsedad: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, que el número de cupones para alimentos y de "FDPIR" u otro programa elegible es vigente, correcto o que se da cuenta de todos los ingresos. Entiendo que se da esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la instituciones pueden verificar la información en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

_____	* * * - * * - 	Si el Miembro Adulto que firma esta forma no tiene un Número de seguridad social, Marque esta caja. <input type="checkbox"/>
Firma de Miembro Adulto	Número de Seguro Social	Fecha

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea. La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando en el Centro Cuidado de Niños o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), si recibe servicios de seguro social, o medicaid asignados a los adultos cuales está solicitando en el Centro Cuidado de Adultos. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos o adultos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Para Uso Oficial Solamente

- Centro de los Niños: Aprobado Gratuito Aprobado Precio Rebajado Pagado
- Centro de Adultos:

_____ Fecha
_____ Fecha de Desmatricúlo
_____ Organización Patrocinadora
_____ Nombre de Persona Que Aprueba Forma