

SOLICITUD DE COMIDA GRATUITA O A UN PRECIO REDUCIDO DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCFP Free and Reduced-Price Meal Application)

Nombre del menor: _____ Nombre y dirección del centro: Small World Daycare & Learning Center, 1214 NW 4th St, Gainesville, FL 32601-4228

Lea las instrucciones y la carta para padres adjunta antes de completar este formulario. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al: (352) 376 - 0917

PASO 1: Complete la siguiente tabla con los datos de todos los BEBÉS y MENORES hasta de 18 años que vivan en su hogar, aunque no estén emparentados. (Incluya al menor mencionado al comienzo del formulario).

Nombre del menor (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	¿Asiste a este centro? (Encierre con un círculo)	¿Menor en cuidado temporal? (Encierre con un círculo)	¿Inmigrante? (Encierre con un círculo)	¿Es indigente o huyó de su hogar? (Encierre con un círculo)
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

PASO 2: ¿Algún miembro de su hogar (menores o adultos) recibe beneficios del Programa de Ayuda para Alimentos (FAP/SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

En caso NEGATIVO, vaya al PASO 3. En caso AFIRMATIVO, escriba uno de los siguientes números de caso y luego vaya al PASO 4.

Número de caso de FAP/SNAP: _____ o número de caso de TANF: _____

PASO 3: Información sobre ingresos familiares y el adulto del hogar (consulte el reverso para saber qué tipo de ingresos informar) (saltee este paso si escribió un n° de caso en el PASO 2)

A. Ingresos de menores: A veces los menores reciben ingresos. Escriba los ingresos totales que reciben todos los menores mencionados en el PASO 1 y marque con qué frecuencia los reciben.

Ingresos totales de menores: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
---------------------------------------	--

B. Adultos del hogar e ingresos: Mencione a todos los adultos del hogar (mayores de 19 años) aunque no reciban ingresos. **Por cada adulto, mencione los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente en dólares con números enteros solamente (sin centavos) y la frecuencia con que se recibe (ej. semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente).** Si un adulto no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "ninguno" o "0". Si escribe "ninguno" o "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica que no hay ingresos que informar.

Nombre del adulto del hogar (Apellido, nombre)	Ganancias del trabajo (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)
	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente

Miembros totales del hogar (menores y adultos): _____ **Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del adulto del hogar:** |__||__||__||__| Si no tiene SSN, escriba "ninguno".

PASO 4: Información de contacto y firma del adulto

Al firmar abajo, certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de las instituciones podrían verificar (controlar) la información. Soy consciente de que, si brindo información falsa deliberadamente, me pueden procesar según las leyes estatales y federales.

Domicilio particular (si corresponde): _____ Teléfono de contacto durante el día: (_____) _____ - _____
Domicilio, ciudad, estado, código postal

Firma del adulto del hogar: _____ Nombre en imprenta: _____ Fecha de firma: _____

OPCIONAL: Identidad racial y étnica del menor Estamos obligados a pedirle información sobre la raza y etnia de su hijo. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos sirviendo plenamente a la comunidad. Completar esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su hijo para las comidas gratuitas o a un precio reducido. **Etnia (marque una):** ___ Hispano o latino ___ Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más): ___ Indígena americano o nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro o afroamericano ___ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ___ Blanco

FOR CONTRACTOR USE ONLY: FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION

Categorical Eligibility: FAP/SNAP or TANF Household Foster Child **Total Household Size:** _____ **Total Household Income:** \$ _____

Eligibility Determination: Free Reduced-Price Non-needy **How Often Income is Received (Frequency):** Weekly Biweekly Twice a Month Monthly Annually

NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Reason for Non-needy Status: Income too High Incomplete Application Other Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ **Second Party Check Signature:** _____ **Date:** _____

INSTRUCCIONES para completar la solicitud de comida gratuita o a un precio reducido (use bolígrafo y letra de imprenta en toda la información menos en la firma)

SI ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE AYUDA PARA ALIMENTOS (FAP/SNAP) O ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: **PASO 1:** Mencione a todos los menores hasta de 18 años mantenidos con los ingresos familiares, aunque no estén emparentados. Incluya al menor mencionado al comienzo del formulario. Si no hay suficiente espacio para mencionar a todos los menores, use otro formulario y adjunte ambos formularios. Mencione la fecha de nacimiento de cada menor. En las tres columnas a continuación, encierre con un círculo Sí o No para responder las preguntas sobre cada menor mencionado. **PASO 2:** Escriba el número de caso de FAP/SNAP o TANF en el espacio designado. El número de caso está en su carta de elegibilidad; no es el número de la tarjeta de EBT. **PASO 3:** Saltee este paso. **PASO 4:** Escriba su domicilio y número de teléfono (si tuviera). Un adulto del hogar debe firmar este formulario. Escriba en imprenta el nombre de la persona que firmó el formulario y luego escriba la fecha de la firma.

SI ESTÁ HACIENDO UNA SOLICITUD PARA UN MENOR EN CUIDADO TEMPORAL, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: Si tiene los documentos correspondientes, los menores en cuidado temporal son automáticamente elegibles para recibir comidas gratuitas sin importar los ingresos familiares del hogar en el que viven. En lugar de completar esta solicitud, puede brindarle al centro de cuidado infantil la documentación oficial de la agencia de acogida temporal o del tribunal que asignó al menor a su hogar. Si elige completar esta solicitud solo para uno o más menores en cuidado temporal, complete únicamente los PASOS 1 y 4. Si hace la solicitud para menores en cuidado temporal y menores que no están en cuidado temporal, complete los PASOS 1, 3 y 4. Si tiene que completar el PASO 3, no incluya el pago que recibe el hogar por cuidar al menor o los menores en cuidado temporal. Consulte las siguientes instrucciones de los pasos que debe completar.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES: **PASO 1:** Mencione a todos los menores hasta de 18 años mantenidos con los ingresos familiares, aunque no estén emparentados. Incluya al menor mencionado al comienzo del formulario. Si no hay suficiente espacio para mencionar a todos los menores, use otro formulario y adjunte ambos formularios. Mencione la fecha de nacimiento de cada menor. En las tres columnas a continuación, encierre con un círculo Sí o No para responder las preguntas sobre cada menor mencionado. **PASO 2:** Saltee este paso. **PASO 3: A.** Escriba el total de los ingresos que reciben todos los menores mencionados en el PASO 1 y marque con qué frecuencia lo reciben. **B.** Mencione a todos los adultos mayores de 19 años mantenidos con los ingresos familiares, aunque no estén emparentados con usted ni perciban ingresos. Si no hay suficiente espacio para mencionar a todos los adultos, use otro formulario y adjunte ambos formularios. Por cada adulto, mencione el importe de los ingresos que recibe periódicamente antes de impuestos y cualquier otra deducción y la frecuencia con que los recibe en las columnas correspondientes. Si es trabajador autónomo, mencione los ingresos netos. Consulte los siguientes ejemplos de fuentes de ingresos para informar. Si un adulto no percibe ingresos, escriba "ninguno" o "0". Los campos de ingresos que queden en blanco se contabilizarán como cero (0). Escriba el número total de miembros de la familia (todos los menores y adultos), y luego escriba los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del adulto que completa/firma la solicitud (o escriba NINGUNO si no tiene SSN). **PASO 4:** Escriba su domicilio y número de teléfono (si tuviera). Un adulto del hogar debe firmar este formulario. Escriba en imprenta el nombre de la persona que firmó el formulario y luego escriba la fecha de la firma.

Fuentes de ingresos para menores		Fuentes de ingresos para adultos		
Ganancias del trabajo	Menor con un trabajo periódico de tiempo completo o medio tiempo por el que gana un sueldo o salario	Ganancias del trabajo	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención infantil	Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos
Seguro Social • Pagos por discapacidad • Beneficios para supervivientes	• Menor no vidente o discapacitado que recibe beneficios del Seguro Social • Padre discapacitado, jubilado o fallecido cuyo hijo recibe beneficios del Seguro Social	• Sueldo, salario o valores en efectivo • Ingresos netos de trabajo autónomo (granja o empresa)	• Beneficios por desempleo • Compensación laboral • Seguridad de ingresos suplementarios (SSI) • Ayuda en efectivo del gobierno local o estatal • Pagos de pensión alimenticia • Pagos de manutención infantil • Beneficios para veteranos • Beneficios por huelga	• Seguro Social (que incluye jubilación de empleados ferroviarios y cobertura por enfermedad del pulmón negro) • Beneficios por discapacidad o pensiones privadas • Ingresos periódicos de fideicomisos o propiedades • Anualidades • Ingresos de inversiones • Intereses devengados • Ingresos por percepción de alquileres • Pagos periódicos en efectivo de fuentes afuera del hogar
Ingresos de una persona que no vive en el hogar	Amigo o miembro de su familia extendida que le da dinero regularmente a un menor para gastos incidentales	Si está en el Ejército de los Estados Unidos: • Sueldo básico y valores en efectivo (NO incluya paga por combate, FSSA (Administración de Servicios Sociales y Familia) ni mensualidades para costear viviendas privadas) • Mensualidades para costear viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta		
Ingresos de cualquier otra fuente	Menor que recibe ingresos periódicamente de un fondo privado de jubilaciones y pensiones, una anualidad o un fideicomiso			

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell exige que, a menos que mencione un número de caso actual del Programa de Ayuda para Alimentos (FAP/SNAP) o de Asistencia Temporal a las Familias Necesitadas (TANF), o complete una solicitud para un menor en cuidado temporal, debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del adulto del hogar que firma la solicitud, o indicar que el firmante no tiene un SSN. Si bien brindar los últimos cuatro dígitos del SSN no es obligatorio, si no se proporciona esta información ni se indica que el firmante no tiene un SSN, no se podrán aprobar la solicitud. Puede que se verifique la información que figura en este formulario en revisiones de programas, auditorías e investigaciones, y esto podría incluir la comunicación con empleadores para determinar los ingresos, con una oficina de prevención social para verificar la recepción de beneficios del FAP/SNAP o TANF, con la oficina estatal de seguridad de empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y la comprobación de los documentos confeccionados por el hogar para demostrar la cantidad de ingresos que recibe. Estas medidas de verificación pueden conllevar pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se brinda información incorrecta. Puede que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de cada programa; con auditores para la revisión de programas, y con funcionarios policiales para ayudarlos a investigar las violaciones a las normas de los programas.

Esta es una institución de igualdad de oportunidades. Consulte la carta para padres adjunta para leer la declaración de no discriminación completa.