

Complete solo una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

APLIQUE POR INTERNET:

Ingresar URL Aquí

PASO 1 Liste a TODOS los niños que van a la guardería (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Definición de Miembro

del hogar. Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están vinculados.

Los niños de acogida temporal (foster) y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar, Migrante o Fugitivo son elegibles para recibir alimentos gratuitos.

	Primer nombre del niño	Inicial	Apellido del niño
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			

Marque todos los que aplican

Acipido (Foster)	Migrante	Fugitivo	Sin hogar	Head Start
				
				
				
				
				

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR?

☐ NO > Vaya al PASO 3 ☐ SÍ > Escriba el número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Escriba solo un número de caso en este espacio

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió 'SI' a PASO 2)

¿No sabe que ingreso incluir aquí?

Pase la página y revise los cuadros intitulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla de "Fuentes de ingresos de los niños" lo ayudará con la sección de Ingresos de los niños.

El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección de Todos los Miembros Adultos del hogar.

A. Ingreso del niño

A veces los niños ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1 de este formulario.

Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente, solamente redondeando a dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente cualquier espacio, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer nombre y Apellido)

Ingresos del trabajo

¿Frecuencia?

Semana

Bi-Semana

Mensual

2 a 3 Mes

4 a 6 Mes

Asistencia Pública

¿Frecuencia?

Semana

Bi-Semana

Mensual

Pensión alimenticia

¿Frecuencia?

Semana

Bi-Semana

Mensual

Ingreso del niño

¿Frecuencia?

Semana

Bi-Semana

Mensual

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar

X

X

X

X

Número total de miembros del hogar (Niños y Adultos)

X

X

X

X

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar

☐ Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 Información de Contacto y firma de un adulto **ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA A: Dirección**

(Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares podrían verificar la información. Soy consciente de que, si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de los alimentos, y puedo ser demandado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables".

Nombre impreso del adulto que firma el formulario		Firma del adulto		Fecha de hoy	
Dirección		Ciudad		Teléfono / Correo electrónico	
		Estado		Código postal	

Sponsor/Center Name: _____
Agreement #: _____

This document does not have to be completed for children in Emergency Shelters, Outside School Hours, and/or At-Risk programs. It is recommended to have new CACFP Annual Enrollment Forms completed each year during the Household Eligibility Application renewal period. Review completed enrollment form and enter the effective date in lower right hand section.

Please complete all areas to include signing and dating same.

FULL NAME OF ENROLLED CHILD (include Birth Date/Age)	DAYS OF WEEK IN ATTENDANCE	TIMES CHILD NORMALLY ATTENDS DURING WEEK								MEALS RECEIVED
		TIME IN			TIME OUT			TIME CHILD ATTENDS SCHOOL		
		AM	PM	TIME	AM	PM	TIME	LEAVES CENTER	RETURNS TO CENTER	
FIRST CHILD	☐ MONDAY ☐ TUESDAY ☐ WEDNESDAY ☐ THURSDAY ☐ FRIDAY ☐ SATURDAY ☐ SUNDAY									
NAME		☐ Yes ☐ No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours								☐ BREAKFAST ☐ A.M. SNACK ☐ LUNCH ☐ P.M. SNACK ☐ SUPPER ☐ EVENING SNACK
BIRTH DATE		Other:								
AGE		Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								

Signature	_____	_____	_____
	<i>Signature of Parent or Guardian</i>	<i>Date</i>	<i>Telephone Number of Parent or Guardian</i>

CHILD CARE REPRESENTATIVE USE ONLY: _____ Date _____
Name of Representative/Signature
 The effective date can be made retroactive back to the first day the child participates in the CACFP as long as it occurs in the same month this form is received.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.