

Frontier Behavioral Health
400 S. Jefferson St., Suite 100, Spokane, WA 99204
509-458-2403
CACFP@fbhwa.org

Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos
SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS FAMILIARES

PARTE 1 – NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE NIÑOS

PARTE 2 – INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS — liste todos los niños bajo cuidado

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	¿Es este un niño adoptivo?	¿Está este niño inscrito en Head Start?	¿Este niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido en la escuela?
		Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
		Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
		Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
		Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____

INSTRUCCIONES

Marque las casillas que correspondan para ayudar a determinar qué otras partes de este formulario deben completar:

- Un miembro de la familia en nuestro hogar recibe beneficios de Alimentos Básica, TANF o FDPIR. (Complete las Partes 3 y 5.)
- Uno o más de los niños de la Parte 2 es un niño de crianza. (Complete la Parte 5). Si hay niños que no son de crianza temporal, complete la Parte 3 o 4.
- Mis hijo(s) califican para comidas gratis / precio reducido según los ingresos del hogar. (Complete la Parte 4 y 5.)

PARTE 3 – MIEMBRO DEL HOGAR QUE RECIBE ALIMENTOS BÁSICOS, TANF O FDPIR — solo se debe incluir un miembro del hogar que recibe beneficios para establecer la elegibilidad de todos los niños del hogar.

Nombre	Marcar Uno	Número de Caso o Número de Identificación
	Alimentos básicos TANF FDPIR	

PARTE 4 – INGRESO TOTAL DEL HOGAR DEL ÚLTIMO MES— no es obligatorio si ha informado un número de caso en la Parte 3

Lista los nombres (nombre y apellido) de todas las personas de su hogar, incluidos los niños de crianza	Ingresos brutos del mes pasado – díganos cuánto y con qué frecuencia (o ingreso neto si trabaja por cuenta propia) (si no tiene, escriba "0")			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Pensión alimenticia, Manutención de los hijos	Jubilación, Pensiones, Seguridad Social	Trabajo dos o cualquier otro ingreso
Jane Smith (ejemplo)	\$ 1000 / mes	\$ 300 / mes	\$ _____ / _____	\$ 100 / semana
1.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
2.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
3.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
4.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
5.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
6.	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o se debe marcar la casilla que no tiene uno (consulte la Declaración de privacidad en la parte posterior de esta página).

Número de seguro social del adulto (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-_____

No tengo un número de seguro social.

PARTE 5 – FIRMA Y CERTIFICACIÓN - REQUERIDA

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales; que los funcionarios de la institución puedan verificar la información de la solicitud; y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Padre	Fecha de Firma
Nombre en letra de imprenta del Padre	Teléfono de Casa

Escriba sus iniciales aquí si acepta que su proveedor recopile su formulario y se lo proporcione al patrocinador. Su proveedor no revisará su formulario.

PARTE 6 – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (No es necesario que responda esto)

Marque la categoría étnica y racial de su hijo. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciban beneficios de manera justa.

Etnicidad:

- Hispana o Latino
- No Hispana o Latino

Ninguna niña será discriminada por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Raza:

- Blanca
- Negro o Afroamericano
- Asiático
- India americana o nativa de Alaska
- Nativo hawaiano o isleño del Pacífico
- Multirracial

Declaración de la ley de privacidad: explica cómo usaremos la información que nos proporcione. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o cuando enumera un Programa de asistencia nutricional suplementaria (Alimentos básicos), Programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o Programa de distribución de alimentos en Número de caso de Reservas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

PARTE 7 – PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR

Tamaño del Hogar: _____ Ingreso \$ _____ Anual Mensual Dos veces al mes Cada dos semanas Semanal

O

Alimentos Básicos

TANF

FDPIR

Niño adoptivo

Ingreso Máximo por IEG \$ _____

Head Start

NSLP

No Elegible

Motivo de la Denegación: Ingresos Demasiado altos

Solicitud Incompleta

Firma del Funcionario Determinante

Fecha de Firma

Fecha de Vigencia (dentro del mes actual)

No es válido sin firma y fecha.

Fecha de vigencia de FIEA: Si la institución está usando la fecha de la firma del padre / tutor como fecha de vigencia, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución dentro del mismo mes en que el padre firmó el formulario o el mes siguiente inmediato. Si el representante de la institución no evalúa y firma la FIEA dentro de estas pautas, la fecha de la firma del representante de la institución debe usarse como fecha de vigencia.