

**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 DEL PROVEEDOR**

**PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

Nombre del Proveedor		
Dirección del Proveedor		Teléfono de Casa
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de Trabajo		

**PARTE 2 – MIEMBRO DEL HOGAR QUE RECIBE ALIMENTOS BÁSICOS, TANF O FDPIR** — solo un miembro del hogar que recibe beneficios debe estar en la lista para calificar para las tarifas de Nivel I. La documentación con fechas de inicio y finalización debe ser presentada para respaldar los beneficios.

Nombre	Marcar Uno	Número de caso o Número de Identificación
	Alimentos Básicos TANF FDPIR	

**PARTE 3 – NIÑOS DE CRIANZA** – Liste a cualquier niño de crianza que viva en su hogar


**PARTE 4 – PROPIOS HIJOS DE PROVEEDOR** – Liste los nombres de los niños en su hogar que están en edad de cuidado infantil

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		

**PARTE 5 – INGRESO FAMILIAR TOTAL DEL MES PASADO** – No es necesario si ha reportado un número de caso en la Parte 2

Liste los nombres (primero y último) de todas las personas en su hogar, incluidos los niños de crianza temporal	Ingresos brutos del mes pasado – Díganos cuánto y con qué frecuencia (o ingresos netos si trabajan por cuenta propia) (si no hay ninguno, 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
<i>Jane Smith (ejemplo)</i>	\$ <u>1000</u> / <u>mes</u>	\$ <u>300</u> / <u>mes</u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>100</u> / <u>semana</u>
1.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>
2.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>
3.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>
4.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>
5.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>
6.	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>	\$ <u>      </u> / <u>      </u>

Si se completa la Parte 5, el adulto que firma el formulario debe enumerar 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 6 – CERTIFICACIÓN**

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y se reportan todos los ingresos. Entiendo que esta solicitud de elegibilidad de ingresos estará en vigor durante 12 meses a partir de la fecha en que está firmada, verificada y fechada por el patrocinador. Entiendo que esta información se está dando para la recepción de fondos federales; que los funcionarios de la institución puedan verificar la información contenida en la solicitud; y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Proveedor	Fecha de Firma
---------------------	----------------

## PARTE 7 – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES (Usted no está obligado a responder esto.)

Verifique la categoría étnica y racial de su hijo. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todo el mundo recibe beneficios sobre una base justa.

Etnicidad:

- Hispana or Latino  
 No Hispana or 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 8 – PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR

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

Alimentos Básicos  TANF  FDPIR  Niño adoptivo

Ingresa Máximo por IEG: \$ \_\_\_\_\_

Determinación de Elegibilidad por Patrocinador\*: Nivel I Hogar  Elegible para reclamar su propio hijo

\*Verificación Completada \_\_\_\_ Adjunte la documentación de verificación (requerida para la designación de Nivel I por esta aplicación).

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 PLEA: Si la institución está utilizando la fecha de firma de los padres / tutores como la fecha de vigencia, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución dentro del mismo mes en que el parent firmó el formulario o el mes inmediatamente siguiente. Si el representante de la institución no evalúa y firma la PLEA dentro de estas directrices, la fecha de firma del representante de la institución debe usarse como fecha de vigencia.

