



Lista de verificación de archivos de estudiantes de GA Pre-K

Para inscribir a su hijo en nuestro programa GA Pre-K, asegúrese de que tenemos todos los siguientes documentos requeridos y aplicables:

- | | Casilla de verificación |
|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Comprobante de domicilio (arrendamiento de alquiler o factura de servicios públicos) <i>Nota: Si vive con alguien, se necesita una carta notaria escrita por el arrendatario que indique que el padre y el niño que están inscritos residen en la dirección y se necesita una copia del contrato de arrendamiento.</i> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Registros de Inmunización actuales (los registros no pueden expirar) -o- Rechazo a vacunar | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Certificado de Nacimiento o Certificado de Nacimiento vivo | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Copia de la tarjeta del Seguro Social para Padres e Hijos | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Formulario 3300 – Visión, Audición, Dental, Nutrición | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Paquete de solicitud completado | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Formulario de información de la lista (incluido en el paquete de solicitud) | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Declaración de elegibilidad de ingresos (incluida en el paquete de solicitud) | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ SI ES APLICABLE: Copia de la tarjeta de cupones de alimentos (EBT) | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ SI ES APLICABLE: Copia de la tarjeta Medicaid del | <input type="checkbox"/> |

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): ()AMBOS PADRES ()MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): ()AMBOS PADRES ()MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print** the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

| | |
|---|--|
| Today's Date (M/D/Y) | |
| | |
| Legal Last Name (<i>Apellido</i>) | |
| | |
| Legal First Name (<i>Primer Nombre</i>) | |
| | |
| Legal Middle Name (<i>Segundo Nombre</i>) | Name Suffix (<i>Sufijo</i>) (Jr,II,III) |
| | |
| Child's Social Security # | DOB (<i>Fecha de Nacimiento</i>) (M/D/Y) Gender (<i>Sexo</i>) |
| ____ - ____ - ____ | ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Date enrolled in Pre-K (M/D/Y) | If different from birth certificate, name student is called |
| ____ / ____ / ____ | |

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? (*¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?*)

Yes (Si) **No (No)** **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. (*TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.*)

2. Is your child:

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. (*Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.*)

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. (*Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.*)

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. (*Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.*)

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. (*Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.*)

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. (*Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.*)

f. **Decline to Answer** (*negarse a contestar*)

3. What is your child's primary language? (*¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?*)

English (Inglés)
 A language other than English (*Un idioma diferente al Inglés*)

4. Was your child born as a: (*El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:*)

Single Birth (1) (*Un sólo niño*)
 Twin (2) (*De mellizos*)
 Triplet (3) (*De trillizos*)
 Quadruplet (4) (*De cuatrillizos*)
 Quintuplet (5) (*De quintuples*)

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? (*¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP?)*)

Yes (Si) **No (No)**

6. Does your child receive any of the following services? (*¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?*)

Childcare and Parent Services (CAPS) (child care subsidy program)
 Food Stamps (*Cupones de Alimentos*)
 SSI
 Medicaid
 Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? (*¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?*)

Yes (Si) **No (No)**

Parent/Guardian Signature

Date

Acuerdo entre los Padres y la Guardería

(nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

_____ los días
(nombre del niño(a))

_____, desde las _____ AM
(días de la semana)

hasta las _____ P.M., y desde el mes de _____ al mes de

_____.

Mi niño(a) participará en el siguiente plan de alimentación (circule todos los que apliquen):

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Desayuno | | | Merienda en La mañana | | | Almuerzo | | | Merienda en la tarde |
| | Merienda en la noche | | | Cena | | | | Merienda antes de acostarse | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Antes de dar algún medicamento a mi niño(a), yo traeré una autorización escrita, que incluya la fecha, el nombre del niño(a), el nombre del medicamento, el número de la receta (si lo tiene), la dosis y la fecha y hora en que éste debe dársele al niño(a). El medicamento estará en el envase original, marcado con el nombre de mi niño(a).

No se le permitirá a mi niño(a) entrar o salir de la guardería sin los padres, personas autorizadas por los padre(s), o personal de la guardería.

Reconozco que soy responsable de mantener los documentos de mi niño(a) al día, y de comunicar cualquier cambio significativo cuando éste ocurra, (por ejemplo, números de teléfono, sitio de trabajo, contactos de emergencia, médico del niño(a), estado de salud del niño(a), planes de alimentación, documentos de vacunas, etc.).

La guardería está de acuerdo en mantenerme informado(a) de cualquier incidente que afecte a mi niño(a), incluyendo enfermedades, heridas, reacciones adversas a un medicamento, etc.

(nombre de la guardería)

está de acuerdo en obtener mi autorización escrita antes de que mi niño(a) participe en transporte de rutina, viajes educativos, actividades especiales fuera de la guardería y actividades que ocurran en agua de más de dos (2) pies de profundidad.

Autorizo a la guardería a obtener cuidado médico de emergencia para mi niño(a) cuando yo no esté disponible.

He recibido una copia y estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos de la guardería.

FIRMA: _____
Padre/Guardián

Fecha

FIRMA: _____
Administrador(a) de la Guardería /Persona Autorizada

Fecha



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de niños)

LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, entre ellas las que reciben beneficios del programa WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos".

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

Columna A – Nombre: Liste únicamente el primer nombre y el apellido de **cada** persona que viva en su unidad familiar y comparta los ingresos y los gastos, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Anote **TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS**, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. **ÚNICAMENTE** para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

| | | | | |
|---|--|--|---|------------------------------------|
| Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar | | | | |
| Nombres de los niños inscritos: | | | | |
| Nombres de todos los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos) | MARCAR SI ES UN HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON HIJOS DE CRIANZA, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO. | | | MARQUE SI NO TIENE INGRESOS |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR] o [State TANF Cash Assistance], anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3. NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____ | | | | |
| Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a [YOUR SCHOOL, HOMELESS LIAISON, MIGRANT COORDINATOR AT PHONE #] Desamparado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> En fuga <input type="checkbox"/> | | | | |
| Parte 4. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia. | | | | |
| A. Nombre (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos) | B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron | | | |
| | 1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones | 2. Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia | 3. Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA | 4. Todos los demás ingresos |
| (Ejemplo) Ana Cabrera | \$200/semanal _____ | \$150/dos veces al mes _____ | \$100/mensual _____ | \$ _____ / _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar) Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.) <i>Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declararé todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.</i> | | | | |
| Firme aquí: _____ | | Nombre en letra de imprenta: _____ | | |
| Fecha: _____ | | | | |
| Dirección: _____ | | Número de teléfono: _____ | | |
| Ciudad: _____ | | Estado: _____ | | Código Postal: _____ |
| Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * * - ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social | | | | |



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

| Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional) | |
|--|--|
| Marque una identidad étnica: | Marque una o más identidades raciales: |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| No llene esta parte. Es solo para uso oficial. | |
| Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12 | |
| Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____ | |
| Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Tier I ___ Tier II ___ | |
| Reason: _____ | |
| Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days) | |
| Determining Official's Signature: _____ Date: _____ | |
| Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ | |
| Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____ | |

El participante en la instalación de cuidado diurno podría calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados en este cuadro.

| Tamaño de la unidad familiar | Anual |
|------------------------------|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| Cada persona adicional: | |

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con **[name]** a más tardar el **[date]**. Si no, sus hijos dejarán de recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

Centro/Organización patrocinadora: **[Day-Star Christian Academy]**

[Date]

Estimado(a) **[Name]**:

Estamos en proceso de verificar su Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP. Tenemos que hacer esto para asegurarnos de que el programa CACFP beneficie únicamente a las personas elegibles. Tiene que enviarnos información para comprobar que **[name(s) of participant(s)]** reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide. No nos envíe su tarjeta EBT ni ninguna otra tarjeta de beneficios que necesitará.

1. Si recibía beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR cuando solicitó las comidas gratuitas o a precios reducidos, o si los ha recibido en cualquier momento desde entonces, envíenos una copia de uno de estos documentos:

- Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas SNAP, TANF o FDPIR que muestre las fechas de certificación.
- Una carta del programa SNAP o de la Oficina de Beneficencia Pública que diga que ha sido aprobado para recibir beneficios de los programas SNAP o TANF.

2. Si recibió esa carta en nombre de un hijo de crianza:

Proporcione el nombre y la información de contacto de una persona de la agencia o el tribunal que pueda verificar que el niño está bajo la tutela legal de la agencia o el tribunal.

3. Si no recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR: Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió. **Envíe la información a: [address].**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

Empleos: Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo bruto y la frecuencia con que le pagan; o documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

Seguro Social, pensiones o jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

Desempleo, discapacidad o compensación a trabajadores: Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

Pagos de beneficencia pública: Carta de beneficios de la agencia de beneficencia pública.

Manutención de menores o pensión alimenticia: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos de inmuebles de alquiler): Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

No tiene ingresos: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

Iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa Military Housing Privatization Initiative.

Período aceptable de la documentación de los ingresos: Presente documentos que muestren sus ingresos del período en que solicitó los beneficios. Si no tiene esa información, puede presentar documentos desde el momento en que llenó el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP hasta el momento de la verificación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en este formulario para obtener beneficios de comidas. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social de todos los miembros adultos de la unidad familiar, entre ellos el del participante en el cuidado de niños. El número de Seguro Social no se requiere si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante que recibe los beneficios de comidas, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa CACFP.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".