

Catholic Charities CW, Child Care Nutrition
 303 East D St Suite 4, Yakima WA 98901
 (509) 965-7107, nutrition@catholiccharitiescw.org
 Programa De Comida De Niños y Adultos
APLICACIÓN DE ELIGIBILIDAD DEL PROVEEDOR

PARTE 1

NOMBRE DEL PROVEEDOR			
DOMICILIO DEL PROVEEDOR		TELEFONO DE CASA	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO DEL TRABAJO

PARTE 2

Cuidadosamente complete, firme y regrese esta forma a la organización patrocinadora. Si su hijo participa en el Programa de Distribución de Comida en reservaciones de Indios (FDPIR), es un miembro de un hogar de estampillas de comida, en asistencia temporal para familias de necesidad (TANF) unidad de asistencia, su hijo automáticamente es elegible para recibir beneficios de comida CACFP gratis. Para niños que reciben estos beneficios, complete partes 2ª y 6 solamente.

NOMBRE DEL NIÑO	CIRCULE UNO	Numero de caso o número de identificación	EDAD	Fecha de nacimiento
1.	Estampillas de comida TANF FDPIR			
2.	Estampillas de comida TANF FDPIR			

PARTE 3 – Niños De Crianza-Una forma para cada niño

NOMBRE DEL NIÑO	Ingreso Personal del Niño

PARTE 4

Complete esta parte para niños en su hogar que NO están anotados en la parte 2A. Si necesita más espacio, use papel adicional.

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	Fecha de nacimiento
1.		
2.		
3.		

PARTE 5 – Si anoto algún niño en la parte 4, DEBE completar parte 5 y la parte 6.

Bajo NOMBRE, escriba los nombres de TODOS los que viven en su hogar, incluyéndose usted y cualquier niño que anote en la parte 4. En los últimos cuatro renglones, anote TODO ingreso mensual recibido en bruto (ingreso bruto es la cantidad de ingreso antes de impuestos, seguro social, etc.) opuesto al nombre apropiado. Si es empleado por sí mismo, anote el ingreso Neto.

Número total en el Hogar _____ Anote los nombres (apellido, primero) de todos en su hogar	INGRESO ACTUAL (por mes)			
	Todo ingreso de trabajo antes de deducciones	Pensión por separación, manutención de niños	Pagos de retiro, Pensión, seguro social	Segundo trabajo o cualquier otro ingreso
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Si la parte 4 es completada, El adulto debe firmar y anotar su número de seguro social o debe marcar la caja que no tiene (Véase atrás de esta página)

Declaración del acto de Privacidad

Número de seguro social del Adulto (últimos cuatro números) XXX-XX-_____ Yo no tengo Seguro Social

PARTE 6 – Certificación

Certifico que toda información escrita es verdadera y correcta y que todo ingreso esta reportado. Entiendo que esta información está siendo dada para el recibo de fondos federales; que oficiales de la institución pueden verificar la información en la aplicación, y que la falsa representación deliberada puede sujetarme a prosecución bajo las leyes del estado y federales aplicables. Si el adulto no tiene un número de seguro anote "ninguno" a un lado del nombre abajo.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
----------------------------	--------------

PARTE 7 – IDENTIFICACION DE INFORMACION Y CERTIFICACION DE DATOS (No está requerido contestar esto)

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

Grupo étnico:

- Hispano o Latino Ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad
- No Hispano o Latino

Raza:

- Blanca
- Negro o Afra Americana
- Asiática
- Indoamericana o de Nativo de Alaska
- Hawaiana o de las Islas del Pacifico
- Mestiza

Si usted considera que ha sido discriminado, deberá escribir a la Secretaria de Agricultura, Washington, DC 20250.

DECLARACION DEL ACTO DE PRIVACIDAD

La sección del Decreto Nacional de Almuerzos Escolares requiere que, a menos que el número del caso de las estampillas de comida del participante FDIPIR o TANF sea incluido. Usted debe incluir el número de seguro social del adulto del hogar en la solicitud o indicar que el adulto del hogar no tiene un número de seguro social. No es obligatorio el proveer el número de seguro social, pero si un número de seguro social no es dado o no se hace un indicio de que la persona que firmo no tiene un número de seguro social, la solicitud no podrá ser aprobada. Este aviso tendrá que ser presentado al miembro de la familia que dio el número de seguro social. El número del seguro social puede ser usado para identificar al miembro de la familia que llevo a cabo el esfuerzo para verificar la exactitud de la información dada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación puede llevarse a través de revisiones auditorias, e investigaciones del programa y pueden significar el comunicarse con el empleador para determinar el ingreso, o comunicarse con la oficina de estampilla de comida o oficina del bienestar para determinar certificación corriente para el recibo de beneficios de estampillas de comida o TANF, comunicarse con la oficina de empleo estatal para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y revisar la documentación producida por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingreso recibido. Estos esfuerzos pueden resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos, o acción legal si información incorrecta es reportada.

PARTE 8 – PARA USO DEL PATROCINADOR

Household Size: ____ Income \$ _____ Annual Monthly Twice Per Month Every Two Weeks Weekly

OR Basic Food TANF FDIPIR Foster Child

Maximum income per IEGs: \$ _____

Eligibility Determination by Sponsor: Tier I Home* Eligible to Claim Own Child

*Verification Completed ____ Attach verification documentation (required for Tier I designation by this application)

Not Eligible Reason for Denial: Income Too High Incomplete Application

Signature of Determining Official
month)

Date Signed

Effective Date (within current