

Solicitud de inscripción de elegibilidad de ingresos (Enrollment Income Eligibility Application, EIEA) del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP)

PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS (OBLIGATORIA)							
Nombre del niño	Fecha de nacimiento:	Edad:	Asistencia	Hora de llegada	Hora de salida	Marque con un círculo las comidas y los refrigerios que recibe normalmente	Marque esta casilla si es un niño en régimen de acogida
			Dom., lun., mar., miérc., juev., vier. y sáb.			Desayuno Refrigerio por la tarde Refrigerio por la mañana Cena Refrigerio por la noche Almuerzo Refrigerio por la noche	<input type="checkbox"/>
			Dom., lun., mar., miérc., juev., vier. y sáb.			Desayuno Refrigerio por la tarde Refrigerio por la mañana Cena Refrigerio por la noche Almuerzo Refrigerio por la noche	<input type="checkbox"/>
			Dom., lun., mar., miérc., juev., vier. y sáb.			Desayuno Refrigerio por la tarde Refrigerio por la mañana Cena Refrigerio por la noche Almuerzo Refrigerio por la noche	<input type="checkbox"/>
			Dom., lun., mar., miérc., juev., vier. y sáb.			Desayuno Refrigerio por la tarde Refrigerio por la mañana Cena Refrigerio por la noche Almuerzo Refrigerio por la noche	<input type="checkbox"/>
PARTE 2: MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA ALIMENTOS BÁSICOS (BASIC FOOD), EL PROGRAMA TANF O EL FDPPIR EN EL ESTADO DE WASHINGTON. (Cualquier miembro del grupo familiar que reciba beneficios puede establecer la elegibilidad de los niños del grupo familiar). Si tiene un número de caso o de identificación (ID), pase a la parte 5.						Número de caso o de ID	
PARTE 3: INGRESOS BRUTOS ANUALES TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR El adulto que firme el formulario debe indicar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) o marcar la casilla si no tiene SSN. Consulte la Declaración de confidencialidad y las fuentes de ingresos que figuran en el reverso de esta página. (Conversión de ingresos anuales por frecuencia de pago: semanal x 52, quincenal x 26, bimensual x 24, mensual x 12)					PARTE 4: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)		
Nombres y apellidos de todos los miembros de su grupo familiar, incluidos los niños en régimen de acogida		Ingresos laborales anuales sin deducciones	Ingresos anuales por asistencia social, pensión alimenticia, manutención de niños	Jubilación, pensiones, Seguro Social, otros	<p>Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de los niños. Esta información nos ayuda a garantizar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional, no afectará a la elegibilidad de los niños para recibir comidas durante las horas de cuidado.</p> <p>Etnia (marque una opción): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino</p> <p>Raza (marque una o más opciones): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco</p>		
1.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
2.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
3.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
4.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
5.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
6.	\$ /año	\$ /año	\$ /año	\$ /año			
Cantidad de miembros del grupo familiar	Últimos 4 dígitos del SSN (marque la casilla si no tiene SSN)						
PARTE 5: FIRMA Y CERTIFICACIÓN DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR (OBLIGATORIO) LA FIRMA CERTIFICA QUE TODA LA INFORMACIÓN FACILITADA ES CORRECTA Y EXACTA.							
<p>*Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el fin de recibir fondos federales y que los funcionarios del CACFP pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa deliberadamente, el participante o el centro pueden perder los beneficios de las comidas y yo puedo ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales pertinentes*.</p>							
Firma _____		Nombre en letra de imprenta _____			Fecha _____		
Domicilio _____		Ciudad, estado, código postal _____			Número de teléfono _____		
DO NOT FILL OUT – CENTER USE ONLY				CATEGORY		OSPI USE ONLY	
_____ Institution Representative Signature Date				<input type="checkbox"/> Free (Basic Food/TANF/FDPIR) <input type="checkbox"/> Free (foster child(ren))		Total Annual Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Above-Scale	
INVALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE (see back for effective date requirements)						<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> AS _____ OSPI Rep.	

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** exige la información que se incluye en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero, si no lo hace, los fondos que recibe su centro o su proveedor de cuidado infantil pueden verse afectados. Debe incluir las últimas cuatro cifras del número del Seguro Social del adulto del grupo familiar que firme la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social no son necesarios cuando usted presenta la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o cuando indica un número de caso del programa Alimentos Básicos, del programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Program on Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIR) u otro identificador del FDIR para el niño, o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene número del Seguro Social. Usaremos su información para determinar el reembolso de comidas para su centro o su proveedor de cuidado infantil. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición con el propósito de evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas con auditores, como también con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para que puedan investigar posibles violaciones de las normas de los programas.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo (lo que incluye identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas en defensa de los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con el Centro La Tecnología y los Recursos Accesibles Dan Empleo Hoy (Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET Center) del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en programa del USDA, que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, el domicilio, el número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha del presunto caso de violación de los derechos civiles. Luego de completar el formulario AD-3027 o la carta, se deben enviar al USDA por cualquiera de los siguientes medios:

CORREO POSTAL*: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
CORREO ELECTRÓNICO:
program.intake@usda.gov

***Utilice esta dirección únicamente si va a presentar una denuncia por discriminación.**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha de entrada en vigencia de la EIEA

Si la institución toma la fecha de la firma del padre, madre o tutor como fecha de entrada en vigencia, el formulario debe ser firmado por el representante de la institución en el mismo mes que el padre, madre o tutor, o bien en el mes siguiente. Si el representante de la institución no firma la EIEA dentro de este plazo, se tomará como fecha de entrada en vigencia la fecha de la firma del representante de la institución.

Directrices numéricas válidas del TANF o del programa Alimentos Básicos y recursos de contacto para los beneficiarios del estado de Washington

Consta de siete a nueve dígitos, como 004235555 El padre o la madre pueden omitir los ceros que preceden al número y escribirlo como (por ejemplo: 4235555). Puede empezar por 002, 003, 004, 005 o 05. No incluye letras.	No es un número de Seguro Social (a menos que sea un número de caso tribal). No empieza por ningún número de la serie 200. No es un número de caso de centros de cuidado infantil pagados por el estado. No es el número de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer, EBT)
---	---

Número de atención al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Social and Health Services, DSHS): (877) 501-2233	Página web sobre el programa Alimentos Básicos y el TANF: www.washingtonconnection.org
---	---

Ingresos laborales	Asistencia pública, manutención infantil, pensión alimenticia	Pensión, jubilación, otras fuentes de ingreso	Fuentes de ingresos de los niños	Ejemplos:
<ul style="list-style-type: none"> Sueldo, salarios, bonos en efectivo. Ingresos netos de los trabajadores autónomos (granja o empresa). <u>Si pertenece a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos:</u> Sueldo base y bonos en efectivo (NO incluye pagos por combate, Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar [Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA] o beneficios de vivienda privados). Subsidios para alojamiento, comida y ropa fuera de la base. 	<ul style="list-style-type: none"> Subsidios de desempleo. Indemnización de los trabajadores. Seguridad de Ingreso Suplementario. Asistencia en efectivo de la administración estatal o local. Pensiones alimenticias Pagos de manutención. Subsidios para veteranos. Beneficios por huelga. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Social (incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios por pulmón negro). Pensiones privadas o subsidios por discapacidad. Ingresos derivados de fideicomisos o herencias. Anualidades. Ingresos por inversiones. Intereses acumulados. Ingresos por alquiler. Pagos regulares en efectivo procedentes de fuentes ajenas al grupo familiar. 	<p>Ingresos laborales.</p> <p>Seguro Social -Pagos por discapacidad. -Subsidios de supervivencia.</p> <p>Ingresos de cualquier otra fuente.</p>	<p>Un niño en edad legal para trabajar tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que percibe un sueldo o salario.</p> <p>• Un niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe beneficios del Seguro Social. • El padre o la madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido, y el niño recibe beneficios del Seguro Social.</p> <p>Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso.</p>