



Child and Adult Care Food Program LETTER TO HOUSEHOLDS



Name of Facility / Center / Site / Noah's Ark Christian Preschool	EPICS # 4000830	Phone Number 575-624-2611
--	--------------------	------------------------------

Instructions: This letter must accompany the Income Eligibility Application. Dear

Clear

Parent / Guardian or CACFP Participant:

Noah's Ark Christian Preschool

Participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) administered by the United States

Name of Sponsor/Facility / Center /

Department of Agriculture. Please help us comply with the requirements of the CACFP by completing, signing, and returning the attached statement as soon as possible. This information is necessary to decide the level of CACFP reimbursement your center is eligible to receive for the meals served to children and/or adult participants in our program. This form will be treated as confidential information. All participants in our program receive their meals free of charge, but the eligibility category determination affects the federal funding we receive. Foster Children: A foster child enrolled in our program, which is the legal responsibility of a welfare agency or court, may be certified as eligible for free meals regardless of the household income. Please refer to the instructions on how to complete the Income Eligibility Application form.

SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program (formerly the Food Stamp Program): If your household is currently receiving benefits under the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) and your child is enrolled in a childcare center you need only to list the case number sign and date the form.

If your household is receiving benefits under the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Supplemental Security Income (SSI), Medicaid, or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) and an adult in your home is enrolled in an Adult Daycare Center; then you need only to list their case number sign and date the form. Otherwise, an adult household member must complete the form and disclose the total current household income by source and the names of all household members. The person completing the form must sign, provide a social security number, and date when completed.

The income you report must be last month's total gross household income listed by source for each household member. If last month's income does not accurately reflect your circumstances, you may provide your annual income or use last year's income if no significant changes have occurred. If your household's income is equal to or less than the amounts indicated for your household's size on the chart below, your provider may qualify for maximum reimbursement rates. The Department of Agriculture defines a household as a group of related or unrelated individuals (not residents of a boarding house or an institution) who are living as one economic unit (i.e., sharing living expenses).

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES (Effective from July 1,2025 TO June 30,2026)

FREE					REDUCED			
HOUSEHOLD SIZE	YEAR	MONTH	Every 2 WEEKS	WEEK	YEAR	MONTH	Every 2 WEEKS	WEEK
1	20,345	1,696	783	392	28,953	2,413	1,114	557
2	27,495	2,292	1,058	529	39,128	3,261	1,505	753
3	34,645	2,888	1,333	667	49,303	4,109	1,897	949
4	41,795	3,483	1,608	804	59,478	4,957	2,288	1,144
5	48,945	4,079	1,883	942	69,653	5,805	2,679	1,340
6	56,095	4,675	2,158	1,079	79,828	6,653	3,071	1,536
7	63,245	5,271	2,433	1,217	90,003	7,501	3,462	1,731
8	70,395	5,867	2,708	1,354	100,178	8,349	3,853	1,927
FOR EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER	+7,150	+596	+275	+138	+10,175	+848	+392	+196

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (AD-3027) found online at [How to File a Complaint](#) and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: mail, U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

Name of Sponsor / Center Representative

Signature of Sponsor / Center Representative

Date



Child and Adult Care Food Program
INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE INCOME ELIGIBILITY FORM



Name of Sponsor / Center / Site Noah's Ark Christian Preschool	EPICS # 4000830	Phone Number 575-624-2611
--	---------------------------	-------------------------------------

PARTICIPANT INFORMATION:

List all enrolled participants you are applying for who are in care. List

each enrolled participant's date of birth.

If you are applying for a foster child, list only one foster child on each form. A foster child may be eligible for free meals regardless of household income.

Child Care Centers: If the participant enrolled is in a Child Care Center and receives benefits through Supplemental Nutrition Assistance (SNAP) (*formerly food stamps or Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR)*), please indicate the appropriate case number in the spaces provided and sign the form. Do not use the number on your card. You do not need to complete household and income information.

Adult Day Care Centers: If the participant enrolled is in an Adult Daycare Center and receives benefits thru Supplemental Nutrition Assistance (SNAP) formerly, food stamps, Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR), Supplemental Security Income (SSI) or Medicaid, please indicate the appropriate case number in the spaces provided and sign the form. Do not use the number on your card. You do not need to complete household and income information.

If you do not receive benefits and have no case number for participants enrolled at the center, you must complete all parts of the IEA (Household and Income information).

HOUSEHOLD AND INCOME INFORMATION

Not required to be completed if case# is provided above.

List all household members. A household is a group of related or unrelated individuals who are living as one economic unit (i.e., sharing living expenses).

Provide the most current income by source for all household members. This can be based on the most recent information the month prior to completing

the application. Reported income needs to be reported on the same. The income reported on the application must include all income before taxes and

before other deductions.

A foster child is defined as a ward of the court or welfare agency. Only the foster child's "personal use" income is listed.

Personal use income includes:

- Funds that are specified by the welfare agency as being for the personal use of the child. (If no funds are specified, the funds received from the welfare agency are not to be considered as income. Record "0" on personal income.)
- Money received from any source. This includes, but is not limited to, funds received from trust accounts, from the child's family, and earnings from the child's employment other than occasional or part-time jobs.

SIGNATURE _____ Date _____

The adult family member completing the application must sign and date the application.

If the enrolled participant is not a recipient of benefits and has not provided a case number, the adult family member signing the application must provide a social security number.

If you do not have a social security number, check the "box" provided. Otherwise, failure to provide the social security number (if you have one) will make the Income Eligibility Application invalid and will reduce the level of CACFP reimbursement your family's Child Care Center receives for meals served to the children and/or adult participants enrolled for care in their center.



Child and Adult Care Food Program
INCOME ELIGIBILITY APPLICATION



Sponsor /Facility

Noah's Ark Christian Preschool

EPICS ID:

4000830

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by 1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

Child Care Centers: To apply for **FREE** meals - If you are receiving benefits under the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) fill in your child's name, date of birth, age, the SNAP Case number or FDPIR case number and sign the form. **DO NOT** complete other Household Members or income information.

****Adult Day Care:** To apply for **FREE** meals - If the enrolled participant household is the recipient of the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or receives Supplemental Security Income (SSI) or Medicaid (MED), complete name, DOB, age, SNAP, SSI, and/or Medicaid case number and sign the form. **DO NOT** complete other Household Members or income information.

Enrolled Participant(s) Information (attach additional pages if necessary)				Benefit Information (If applicable, check the type of benefit & provide the required case number)	
First and Last Name	If foster Child Check here	Date of Birth:	Age	*Child Care Centers Only-check a box ☐ SNAP ☐ FDPIR	**Adult Care Centers Only- check a box ☐ SNAP ☐ FDPIR ☐ SSI ☐ MED
	☐			*Case Number:	**Case Number:
	☐				
	☐				
	☐				

Foster Child (complete if a foster child is enrolling for care)

☐ Check this box if this application includes a foster child. List the amount of the child's "personal use" monthly income.

All Other Household Members List the first and last names of each person living in your household, related or not (such as grandparents, relatives, or friends who live with you). You must include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if you need to

First and Last Name	First and Last Name

Total Number in Households: _____

Household Income (Please indicate the source and amount of current income for all members of your household. Please follow the definition of income specified in the standards for determining free and reduced-price eligibility in your parent letter. If you receive more than one check from any of these sources, please indicate the total monthly amount received.)

Wages, Salary: \$	Child Support (Alimony): \$	Social Security: \$
Pension or Retirement: \$	Unemployment: \$	Other Income: \$

If necessary, convert multiple income schedules to annual income (Multiply weekly income by 52, biweekly by 26, monthly by 12)

Total Income: \$ _____ ☐ Weekly ☐ Monthly ☐ Annually (Check one)

PENALTIES FOR MISREPRESENTATION: I certify that all the above information is true, the food stamp or FDPIR number is correct, or all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds, that institution officials may verify the information on the statement, and that the deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

☐ Check if no SS# ☐

Signature of Adult Family Member

Last Four Digits of Social Security Number*

Date

Privacy Act Statement:

This explains how we will use the information you give us. The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that, unless the participant's food stamp or FDPIR number is provided, you must include the social security number of the household member signing the statement or an indication that the household member signing the statement does not possess a social security number. Provision of a social security number is not mandatory, but if a social security number is not provided or an indication is not made that the adult household member signing the statement does not have one, the statement cannot be approved. The social security number may be used to identify the household member in carrying out efforts to verify the correctness of the information on the statement. These verification efforts may be carried out through program reviews, audits, and investigations and may include contacting employers to determine income, contacting a food stamp or FDPIR office to determine current certification for receipt of SNAP (food stamp) or FDPIR benefits, contacting the State employment security office to determine the amount of benefits received and checking the documentation produced by the household member to verify the amount of income received. These efforts may result in a loss or reduction of or reduction of benefits, administrative claims, or legal action if incorrect information is reported.

For Sponsor Use Only

☒ Child Day Care Center	☐ Adult Day Care Center	☐ Approved Free	☐ Approved Reduced	☐ Paid
Name of Sponsor	Name of Person Approving Form	Approving date	Date Disenrolled	
Noah's Ark Christian Preschool				



Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
CARTA A LOS HOGARES



Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio:	ID de proveedor #:	Número de teléfono
Noah's Ark Christian Preschool	4000830	575

Instrucciones: Esta carta debe acompañar a la Solicitud de elegibilidad por ingresos.

Estimada madre-padre / tutor o participante de CACFP:

Noah's Ark Christian Preschool Participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP) administrado por
Nombre del proveedor del hogar

los Estados Unidos Departamento de Agricultura. Ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP completando, firmando y devolviendo la declaración adjunta lo antes posible. Esta información es necesaria para decidir el nivel de reembolso del CACFP que su centro puede recibir por las comidas que se sirven a los niños y / o adultos participantes en nuestro programa. Este formulario se tratará como información confidencial. Todos los participantes de nuestro programa reciben su comida sin cargo, pero la determinación de la categoría de elegibilidad afecta la cantidad de fondos federales que recibimos.

Hijos de crianza: un niño de crianza inscrito en nuestro programa que es responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o un tribunal puede ser certificado como elegible para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos de su hogar. Consulte las instrucciones sobre cómo completar el formulario de solicitud de elegibilidad de ingresos.

SNAP - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (anteriormente el programa de Food Stamps): Si su hogar se encuentra actualmente recibiendo beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y si su hijo está inscrito en un centro de guardería, entonces necesita sólo llenar el número de caso, firmar y fechar el formulario.

Si su hogar recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Medicaid o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y un adulto en su hogar está inscrito en un Centro de Guardería para Adultos, entonces necesita sólo para enumerar su número de caso, firmar y fechar el formulario. De lo contrario, un miembro adulto del hogar debe completar el formulario y revelar el ingreso total actual del hogar por fuente y los nombres de todos los miembros del hogar. La persona que completa el formulario debe firmar, proporcionar un número de seguro social y la fecha en que lo completó.

El ingreso que declare debe ser el ingreso familiar bruto total del último mes enumerado por fuente, para cada miembro del hogar. Si los ingresos del mes pasado no reflejan con precisión sus circunstancias, puede proporcionar sus ingresos anuales o puede utilizar los ingresos del año pasado si no se han producido cambios significativos. Si el ingreso de su hogar es igual o menor que las cantidades indicadas para el tamaño de su hogar en la tabla a continuación, su proveedor puede calificar para las tasas máximas de reembolso. El Departamento de Agricultura define un hogar como un grupo de individuos emparentados o no emparentados (no residentes de una pensión o una institución) que viven como una unidad económica (es decir, comparten los gastos de subsistencia).

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - (VIGENTE DESDE EL 1 DE JULIO DE 2025 L 30 DE JUNIO DE 2026)

GRATUITO					REDUCIDO			
TAMAÑO DEL HOGAR	DEL AÑO	MES	BISEMANAL	SEMANA	DEL AÑO	MES	BISEMANAL	SEMANA
1	20,345	1,696	783	392	28,953	2,413	1,114	557
2	27,495	2,292	1,058	529	39,128	3,261	1,505	753
3	34,645	2,888	1,333	667	49,303	4,109	1,897	949
4	41,795	3,483	1,608	804	59,478	4,957	2,288	1,144
5	48,945	4,079	1,883	942	69,653	5,805	2,679	1,340
6	56,095	4,675	2,158	1,079	79,828	6,653	3,071	1,536
7	63,245	5,271	2,433	1,217	90,003	7,501	3,462	1,731
8	70,395	5,867	2,708	1,354	100,178	8,349	3,853	1,927
POR CADA MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA	+7,150	+596	+275	+138	+10,175	+848	+392	+196

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS- (VIGENTE DESDE EL 1 DE JULIO DE 2024 L 30 DE JUNIO DE 2025)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: 1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS



Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio:	ID de proveedor #:	Número de teléfono
Noah's Ark Christian Preschool	4000830	(575) 624 / 2611

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Indique el nombre de todos los participantes inscritos que está solicitando y que están bajo atención.

Indique la fecha de nacimiento de cada participante inscrito.

Si está solicitando un hijo adoptivo, indique solo un niño adoptivo por formulario. Un niño de crianza puede ser elegible para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar.

Cuidado infantil: Si el participante inscrito está en un Centro de cuidado infantil y recibe beneficios a través de Asistencia nutricional suplementaria (SNAP) (anteriormente, cupones de alimentos o Programa de distribución de alimentos en la reserva indígena (FDPIR), indique el número de caso correspondiente en los espacios proporcionados y firme el formulario. No utilice el número que figura en su tarjeta. No es necesario que complete la información sobre el hogar y los ingresos.

Cuidado de adultos: Si el participante inscrito está en un Centro de cuidado diurno para adultos y recibe beneficios a través de Asistencia nutricional suplementaria (SNAP) anteriormente, cupones de alimentos, Programa de distribución de alimentos en la reserva indígena (FDPIR), Seguridad de ingresos suplementarios (SSI) o Medicaid, indique el número de caso apropiado en los espacios provistos y firme el formulario. No use el número de su tarjeta. No es necesario que complete la información del hogar y los ingresos.

Si no recibe beneficios y no tiene el número de caso de los participantes inscritos en el centro, debe completar todas las partes de la IEA (información sobre el hogar y los ingresos).

INFORMACIÓN DEL HOGAR E INGRESOS

No es necesario completarlo si el número de caso se proporciona arriba.

Enumere todos los miembros del hogar. Un hogar es un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven como una unidad económica (es decir, comparten los gastos de subsistencia).

Proporcione los ingresos más actualizados por fuente para todos los miembros del hogar. Esto puede basarse en la información más reciente del mes anterior a completar la solicitud.

Los ingresos declarados deben informarse en el mismo. Los ingresos declarados en la solicitud deben incluir todos los ingresos antes de impuestos y antes de otras deducciones.

Un niño de crianza, definido como un pupilo de la corte o agencia de bienestar. Solo se enumeran los ingresos de "uso personal" del niño de crianza.

Los ingresos por uso personal incluyen:

- Fondos especificados por la agencia de bienestar social como para uso personal del niño. (Si no se especifican fondos, los fondos recibidos de la agencia de asistencia social no se deben considerar como ingresos. Registre "0" en los ingresos personales).
- Dinero recibido de cualquier fuente. Esto incluye, pero no se limita a, fondos recibidos de cuentas fiduciarias, de la familia del niño y ganancias del empleo del niño que no sean trabajos ocasionales o de medio tiempo.

FIRMA

El miembro adulto de la familia que complete la solicitud debe firmar y fechar la solicitud.

Si el participante inscrito no recibe beneficios y no ha proporcionado un número de caso, el miembro adulto de la familia que firma la solicitud debe proporcionar un número de seguro social.

Si no tiene un número de seguro social, marque la "casilla" proporcionada. De lo contrario, no proporcionar el número de seguro social (si tiene uno) invalidará la Solicitud de elegibilidad de ingresos y reducirá el nivel de reembolso de CACFP que el Proveedor de cuidado infantil de su familia recibe por las comidas servidas a los niños y / o adultos participantes inscritos en su cuidado.



Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - COMIDAS PRECIOS GRATUITAS Y REDUCIDAS EN CACFP



Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio: Noah's Ark Christian Preschool	ID de proveedor #: 4000830	Número de teléfono: 575
---	--------------------------------------	-----------------------------------

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: 1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Instrucciones: Complete este formulario y devuélvalo a la Oficina del patrocinador principal:

Propósito de la solicitud:

(Check if applicable for Enrolled Participant)

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE INSCRITO:

Nombre de pila:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Cuidado de los niños:	Centro de cuidado para adultos:	Case #:
			☐ ¿Niña adoptiva? ☐ SNAP ☐ FDIPIR	☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva? ☐ SNAP ☐ FDIPIR	☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva? ☐ SNAP ☐ FDIPIR	☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva? ☐ SNAP ☐ FDIPIR	☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva? ☐ SNAP ☐ FDIPIR	☐ SSI ☐ MED	

Si el participante inscrito es un niño de crianza: indique la cantidad de ingresos mensuales de "uso personal" del niño (si no tiene ingresos personales, registre "0"): _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Indique el nombre y apellido de cada persona que vive en el hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes o amigos que viven en el hogar). (Utilice formularios adicionales si se requieren más líneas).

Nombre de pila:	Apellido:	Nombre de pila:	Apellido:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Número total en el hogar: _____

INGRESOS DEL HOGAR: (Indique la fuente y la cantidad de los ingresos actuales de todos los miembros de su hogar. Siga la definición de ingresos especificada en los estándares para determinar la elegibilidad gratis o de precio reducido en su carta para padres. Si recibe más de un cheque de cualquiera de estas fuentes, indique el monto total mensual recibido).

Salarios / Salario: \$ _____ Manutención de los hijos: \$ _____ Seguridad Social: \$ _____ Pensión / Jubilación: \$ _____
 Desempleo: \$ _____ Otros ingresos: \$ _____ **Ingresos totales:** \$ _____ ☐ Mensual

SANCIONES POR DECLARACIÓN INCORRECTA: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de estampillas para alimentos o FDIPIR es correcto o que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales; que los funcionarios de la institución pueden verificar la información en la declaración y la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de la miembro adulta de la familia _____ Últimos cuatro dígitos del número de seguro social * ☐ Compruebe si no SS # _____ Fecha _____

Declaración de la Ley de Privacidad:

Esto explica cómo usaremos la información que nos proporciona. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que, a menos que se proporcione el cupón de alimentos del participante o el número FDIPIR, debe incluir el número de seguro social del miembro del hogar que firma la declaración o una indicación de que el miembro del hogar que firma la declaración no posee un número de seguro social. La provisión de un número de seguro social no es obligatoria, pero si no se proporciona un número de seguro social o no se indica que el miembro adulto del hogar que firma la declaración no tiene uno, la declaración no puede ser aprobada. El número de seguro social se puede usar para identificar al miembro del hogar al realizar esfuerzos para verificar la exactitud de la información en la declaración. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de revisiones del programa, auditorías e investigaciones y pueden incluir contactar a los empleadores para determinar los ingresos, contactar a una oficina de cupones de alimentos u oficina de FDIPIR para determinar la certificación actual para recibir los beneficios de SNAP (cupones de alimentos) o FDIPIR, contactar al empleo estatal oficina de seguridad para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación producida por el miembro del hogar para verificar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se informa información incorrecta.

SOLO PARA USO DEL PATROCINADOR

☐ Guardería infantil ☐ Centro de cuidado diurno para adultos ☐ Aprobada gratis ☐ Aprobada reducida ☐ Pagada

☐ Elegibilidad para el nivel I del proveedor del hogar Verificada por: ☐ Declaración de impuestos ☐ W-2 ☐ Talones de pago ☐ Otra Fecha de verificación: _____

☐ Proveedor del hogar Elegibilidad del niño (s) Nivel I Verificada por: ☐ Ingresos del hogar ☐ Categóricamente elegible Nombre de la escuela / Distrito: _____

☐ Proveedor del hogar o niño (s) NIVEL I No elegible

Firma de la instalación / centro / representante del sitio / proveedor del hogar _____ Nombre de la instalación / centro / representante del sitio / proveedor del hogar _____ Fecha de aprobación _____ Fecha de cancelación de la inscripción _____

* No se requiere el Número de Seguro Social completo para participar en CACFP, solo se requieren los últimos cuatro dígitos.