

SOLICITUD DE COMIDA GRATUITA O A UN PRECIO REDUCIDO DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCFP Free and Reduced-Price Meal Application)

Nombre del menor: Happyland - 1295 N. Semoran Blvd. Nombre y dirección del centro: 403, 658 - 1292

Lea las instrucciones y la carta para padres adjunta antes de completar este formulario. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al: 403, 658 - 1292

PASO 1: Complete la siguiente tabla con los datos de todos los BEBÉS y MENORES hasta de 18 años que vivan en su hogar, aunque no estén emparentados. (Incluya al menor mencionado al comienzo del formulario).

Nombre del menor (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	¿Asiste a este centro? (Encierre con un círculo)	¿Menor en cuidado temporal? (Encierre con un círculo)	¿Inmigrante? (Encierre con un círculo)	¿Es indigente o huyó de su hogar? (Encierre con un círculo)
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

PASO 2: ¿Algún miembro de su hogar (menores o adultos) recibe beneficios del Programa de Ayuda para Alimentos (FAP/SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? En caso NEGATIVO, vaya al PASO 3. En caso AFIRMATIVO, escriba uno de los siguientes números de caso y luego vaya al PASO 4.

Número de caso de FAP/SNAP: _____ o número de caso de TANF: _____

PASO 3: Información sobre ingresos familiares y el adulto del hogar (consulte el reverso para saber qué tipo de ingresos informar) (saltee este paso si escribió un n° de caso en el PASO 2)

A. Ingresos de menores: A veces los menores reciben ingresos. Escriba los ingresos totales que reciben todos los menores mencionados en el PASO 1 y marque con qué frecuencia los reciben.
 Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Anualmente

B. Adultos del hogar e ingresos: Mencione a todos los adultos del hogar (mayores de 19 años) aunque no reciban ingresos. Por cada adulto, mencione los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente en dólares con números enteros solamente (sin centavos) y la frecuencia con que se recibe (ej. semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente). Si un adulto no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "ninguno" o "0" o deje algún campo en blanco, usted certifica que no hay ingresos que informar.

Nombre del adulto del hogar (Apellido, nombre)	Ganancias del trabajo (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	
			Semanalmente	Cada dos semanas
\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	/ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente

Miembros totales del hogar (menores y adultos): _____ **Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del adulto del hogar:** _____ Si no tiene SSN, escriba "ninguno".

PASO 4: Información de contacto y firma del adulto
 Al firmar abajo, certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de las instituciones podrían verificar (controlar) la información. Soy consciente de que, si brindo información falsa deliberadamente, me pueden procesar según las leyes estatales y federales.

Domicilio particular (si corresponde): _____ Teléfono de contacto durante el día: (_____) _____ - _____
 Domicilio, ciudad, estado, código postal

Firma del adulto del hogar: _____ Nombre en imprenta: _____ Fecha de firma: _____

OPCIONAL: Identidad racial y étnica del menor Estamos obligados a pedirle información sobre la raza y etnia de su hijo. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos sirviendo plenamente a la comunidad. Completar esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su hijo para las comidas gratuitas o a un precio reducido.
 Raza (marque una o más): _____ Indígena americano o nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro o afroamericano _____ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico _____ Blanco _____
 Etnia (marque una): _____ Hispano o latino _____ Ni hispano ni latino _____

FOR CONTRACTOR USE ONLY:

Categorical Eligibility: FAP/SNAP or TANF Household Foster Child Non-needy Foster Child
 Total Household Income: \$ _____ Total Household Size: _____
 Eligibility Determination: Free Reduced-Price Non-needy Weekly Biweekly Twice a Month Monthly Annually

NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Reason for Non-needy Status: Income too High Incomplete Application Other Reason: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Second Party Check Signature: _____ Date: _____