



## 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 [WARREN COUNTY R-III, DEBBIE LINKE, 636-456-6901 EXT. 5301]

Desamparado  Migrante  En fuga

**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.)

*Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré 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.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \* \* \* - \* \* \* - \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social