

2018-2019 DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS - Family Day Care Tier 2 / Family Income

INSTRUCCIONES

- Si recibe SNAP, TANF, WIC, OHP, Head Start, Comida gratis o precio reducido en la escuela (NSLP) complete secciones 1-3 and 7, y 6; sección es opcional.
- Si no recibe estos beneficios y su ingreso es menor que el que aparece en las guías de ingresos, complete sección 1-5 and 7; y 6; sección es opcional
- Si esta aplicando solamente por un NIÑO DE CRIANZA colocado en un hogar por la corte o agencia oficial, complete secciones 1, 4 and 7, y 6 sección es opcional.

1 INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador (*Apellido, nombre*): _____

Si No Puede compartir la información en ésta solicitud con el cuidador. Entiendo que mis niños pueden participar en el programa si elijo no compartir ésta información.

2 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Escriba el nombre de la persona que esta completando ésta solicitud (apellido, nombre)

Dirección

Ciudad, Estado, Codigo Postal

Teléfono de su Casa

Teléfono de su Trabajo

Número total de personas que viven en el hogar

(Escriba los nombres de todos en secciones 4 y/o 5 de ésta solicitud)

3 BENEFICIOS PUBLICOS Indique si su familia recibe uno de los siguientes beneficios y el número del caso:

- Nombre: _____ N° del caso _____
- SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) *No se acepta el N° del Oregon Trail Card*
- TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) (*No se acepta el N° de Employment Related Day Care*)
- FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indias) Head Start OHP (Oregon Health Plan)
- WIC N° del caso _____ Comida gratis o precio reducido en la escuela – NSLP

4 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS (Los nombres de sus hijos matriculados en el cuidado de los niños)

Nombre del niño (apellido, nombre)	Fecha de Nacimiento	Edad	Marque si es un niño de crianza (ver instrucciones)
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL – Patrocinador puede requerir verificación de ingreso mensual

Incluya los nombres de todas las personas que viven en el hogar si no estan mencionados en número 2, a menos que ellos reciben ingresos. (<i>Apellido, nombre</i>)	INGRESO MENSUAL DEL TRABAJO (antes de los deducciones)	MANUTENCION MENSUAL de niños y/o de Esposas/o, Y Asistencia Pública	MENSUAL Seguro Social (cheque verde/dorado), pensiones y jubilación	OTRO INGRESO– Incluye desempleo y compensación de trabajadores	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

6 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)

Por favor, marque la identidad racial y étnica de su niño.

- Marque una identidad étnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino
- Marque una o mas identidad racial, si aplica: Americano Nativo / Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Hawaiiano Nativo / de las Islas del Pacifico Blanco Otro: _____

7 FIRMA, FECHA Y ÚLTIMA CUATRO NÚMEROS DE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (Adulto debe firma)

Certifico que toda la información en ésta solicitud es verdadera y correcta y que todo el ingreso es reportado. Entiendo que doy ésta información para recibir fondos federales, que los funcionarios del Estado pueden verificar la información en ésta solicitud, y que si falsifico intencionalmente la información puedo quedar sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

____Escriba las iniciales para autorizar al cuidador para que reciba y entregue ésta solicitud. El cuidador no revisará la solicitud.

Firma de un miembro adulto del hogar: X _____ Fecha Firmado: _____ Mes/día/año Número de Seguro Social *(Vea información de privacidad): XXX-XX-____ No tengo un número de Seguridad Social

SPONSOR USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____

Eligibility: Tier 1 Tier 2
 Eligibility based on: SNAP/TANF FDPIR Head Start OHP WIC NSLP Household Income Foster Child

Notes: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____ 2nd Check (initial)

DETERMINACIÓN DEL INGRESO MENSUAL PARA EL SALARIO Y ENTRADAS

El ingreso **Mensual** de todos los miembros del hogar debe ser reportado en la Sección 4 de esta aplicación. Una entrada significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, soporte para los hijos, pensión matrimonial, otras pensiones, jubilación, seguro social, o de cualquier otra fuente de ingreso. Excluir prestamos estudiantiles.

Los participantes WIC pueden recibir gratis o reducción comidas de precio. Sin hogar, migrantes y jóvenes fugitivos son categóricamente elegibles para comidas gratuitas.

Los miembros del hogar que no reciben pago mensual deben cambiar sus entradas en ingreso mensual haciendo lo siguiente:

Miembros del hogar que reciben cada semana: multiplicar el total de ingresos y salarios durante un pago, antes de deducciones, por 52. Luego se dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

Miembros del hogar que se les paga cada 2 semanas: multiplicar el total de ingresos y salarios durante un pago, antes de deducciones, por 26. Luego se dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

Miembros del hogar que se pagan dos veces por mes: multiplicar el total de ingresos y salarios de uno pagan período, antes de deducciones, por 24 entonces dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

Miembros del hogar que son los trabajadores estacionales o trabajan menos de 12 meses: tasa anual proyecto de ingresos con precisión representan circunstancias reales y luego dividir por 12. La cantidad resultante es el ingreso mensual proyectado.

DIRECTRICES FEDERALES DE INGRESOS

Tus hijos podrán acogerse al menos para las comidas de precio reducido si los ingresos de los hogares cae dentro de los límites del gráfico.

Tamaño del hogar	Comidas de precio reducido				
	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Para cada miembro de la familia adicional añadir	7,992	666	333	308	154

* DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Richard B. Russell escuela almuerzo ley nacional requiere la información sobre esta aplicación. No tienes que dar la información pero si no lo hace, no puede aprobar a su hijo gratis o reducido las comidas de precio. Debe incluir los últimos 4 dígitos del número de seguridad social de los adulto miembro del hogar quien firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguridad social no es necesaria cuando se aplica en nombre de un niño adoptivo o se lista un suplementario nutrición asistencia programa (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa caso número o programa de distribución de alimentos de identificador de reservaciones indias (FDPIR) para su hijo o cuando usted indica que el miembro del hogar adultos firmar la aplicación no tiene un número de seguridad social. Utilizamos su información para determinar si su hijo es elegible gratis o reducido las comidas de precio y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Podemos compartir su información de elegibilidad con educación, salud y programas de nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; Auditores para programa de exámenes; y la ley de funcionarios policiales para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa. Podemos compartir la información en este formulario con Medicaid o el programa de seguro de salud (SCHIP infantiles estado), a menos que no nos dices. La información, si divulgada, sólo se utilizará para identificar a los niños elegibles y pretenden inscribirse en Medicaid o SCHIP.

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.