Estimado padre o tutor:

Nuestra institución de cuidado de niños ha sido aprobado por el Departamento de Educación de Nebraska para participar en el niño y el programa de alimentos de cuidado de adultos (CACFP). El CACFP reembolsa a nuestra institución el costo parcial de las comidas. Estamos solicitando su ayuda para recibir los máximos beneficios del CACFP completando el formulario adjunto (NS) 100-C.

El padre o tutor deberá completar partes 1 y 4 y una de las siguientes opciones: Parte 2, parte 3A o 3B de la parte, para determinar la cantidad de CACFP financia el centro será elegible para recibir. **Nota: No blanco hacia fuera se debe utilizar tinta de borrado o.** Si hay un error transversal a través de, corregir e inicial**.**

Parte 1 - Inscripción hijo

- Nombre del niño: Lista el nombre del primer y último incluyendo apodos y apellidos con guión para todos los niños inscritos en este centro.
- Fecha de nacimiento: Lista de fecha de nacimiento de cada niño.
- Inscribirse fecha: Fecha de inscripción de cada niño con la organización de la lista.
- Veces habitual y días de atención y las comidas servidas: Lista de los tiempos habituales de la atención para cada niño enumerando sus fechas de llegada y el tiempo de licencia, revise cada día que el niño será en cada tipo de comida y cuidado recibido en la atención.
- Infantil: Si el niño es menor de 12 meses de edad, la casilla.
- Fomentar el niño: Si el niño es hijo de crianza (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o de la corte), marque la casilla.
- Head Start: Si el niño es elegible para head start, la casilla.
- En edad escolar: Si el niño asiste a guardería o superior y asiste a su programa de cuidado de niños antes, después o días apagado, casilla de verificación.

Opcional: Casillas de comienzo apropiado y etnias con respecto a los menores se están inscribiendo. Si usted no selecciona raza o grupo étnico, uno será seleccionado para usted basado en la observación visual. Comidas reducidas o esto no afecta la elegibilidad de su hijo gratis.

Parte 2 – Hogar recibe beneficios de la nutrición suplementaria ayuda programa **(SNAP),** asistencia temporal para familias necesitadas **(TANF),** o programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas **(FDPIR):**

- Completar partes 1, 2 y 4 en el formulario adjunto. • Compruebe la box(s) y número de caso para el programa de que se reciben beneficios.

Parte 3A: Hogar **superior a** los ingresos enumerados en la tabla abajo - completa partes 1, 3A y 4 en el formulario adjunto.

PARA CALCULAR EL INGRESO ANUAL

Ingreso semanal X 52 🕯 Cada 2 semanas de renta X 26 🕯 Dos veces al mes en ingresos X 24 🕯 Ingresos mensuales X 12

Tamaño del hogar:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	Cada adicional Miembro de la familia
Ingreso anual:	$26,973	$36,482	$45,991	$55,500	$65,009	$74,518	$84,027	$93,536	$9,509

Parte 3B- Hogar **por debajo de** las pautas de ingresos listados en la tabla anterior **-** Completa de piezas de 1, 3B y 4 en el formulario adjunto con la siguiente información adicional:

- Nombres de la casa: Escribir los nombres de todos en el hogar no aparece en la parte 1. Incluyen a ti mismo y todos los otros niños, su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas sin relación en su casa. Utilice una hoja separada de papel si no tienes suficiente espacio.
- Ingreso bruto antes de deducciones: Escriben la cantidad de ingresos que cada persona recibe en la misma línea como su nombre. Utilizar las columnas apropiadas: ingresos del trabajo, apoyo del bienestar, niño/pensión alimenticia, Pensión/jubilación/Seguridad Social u otros ingresos (ver definiciones abajo). Junto a la cantidad de ingreso escriba con qué frecuencia se recibe el ingreso. Ingreso es todo dinero antes de impuestos o cualquier otra cosa se saca. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de ingresos cero.

  OTROS INGRESOS: huelga beneficios, compensación por desempleo, compensación al trabajador, beneficios por incapacidad, intereses/dividendos de ahorros, ingresos de confianza/propiedades/inversiones, ingresos de alquiler de las anualidades de regalías y contribuciones regulares de efectivo de las personas que no viven en el hogar.

Los niños: Lista cualquier ingreso personal recibida por el niño en parte 3B. Renta personal es (a) dinero dado para el uso personal del niño, tales como ropa, colegiaturas y prestaciones y (b) cualquier otro dinero que el niño consigue, como el dinero de su familia.
Beneficios de vivienda militar: Subsidio de vivienda fuera de la base de Informe como ingresos. Si la vivienda forma parte de la iniciativa de privatización de viviendas militares, no se incluyen como ingresos.
Trabajo por cuenta propia: Informe los ingresos derivados de la empresa menos costos de operación de ingresos netos. La pérdida del negocio no puede ser deducida de un ingreso positivo en otro empleo. El ingreso mínimo es cero.

- Número de seguro SOCIAL: Escribir los últimos 4 cuatro dígitos del número de seguridad social de lo adulto miembro del hogar que firma el formulario. Si el miembro adulto del hogar no tiene número de seguro social, marque la casilla. Uso de esta información es para uso CACFP y es necesario. **Parte 4 de la firma e información de contacto:**
- Firme y feche la solicitud. El formulario debe ser firmado por el padre o tutor.
- Completar la información de contacto – nombre, dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono.

Ley de privacidad:

La ley Richard B. Russell nacional Escuela almuerzo requiere la información en esta solicitud. No tienes que dar la información, pero si no, los fondos que recibe de niño/centro/proveedor de cuidado pueden ser impactados. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social de lo adulto miembro del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguridad Social no es necesario cuando se aplica en nombre de un hijo de crianza o usted lista un programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa o programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR) número de caso para el participante u otro identificador (FDPIR) o cuando indica que el adulto miembro del hogar firmando la aplicación no tiene número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el participante es elegible para libre o comidas a precio reducido y para la administración y ejecución del programa.

Declaración de no-discriminación:

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 8778339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo 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; or
2. **Fax:**
   (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **Correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Para completar este formulario de ayuda, póngase en contacto con el centro:

Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

La Agencia Estatal de administración del niño y el Adult Care Food Program es:

Departamento de Educación de Nebraska
Servicios de nutrición
P.O. Box 94987
Lincoln, NE 68509
Teléfono: 402-471-2488
Sitio web:
http://www.education.ne.gov/NS

ELEGIBILIDAD de ingresos & inscripción formulario para centros de cuidado infantil

01 DE JULIO DE 2023 A TRAVÉS DE 30 DE JUNIO DE 2024

Parte 1. INSCRIPCIÓN de hijo: Completar la siguiente información para todos los niños en cuidado. Si el niño es un niño, hijo de crianza (responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o de la corte), Head Start elegible o un niño en edad escolar, por favor marque la casilla.

Apellido, nombre	Fecha de nacimiento	Inscribirse Fecha	Tiempos de atención (Generalmente)		Generalmente días de atención							Comidas servidas durante la atención						Niño	Escuela Edad	Cabeza Inicio	Crianza Niño
			Hora de llegada	Dejar un tiempo	M	T	W	T	F	S	S	B	AM	L	PM	D	EV				
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑

Opcionales: Compruebe la etnia y la raza del niño / a se está inscribiendo.

Origen étnico (elija uno o más): ❑ Hispano o Latino ❑No hispano o Latino

Raza (Seleccione uno o más): ❑Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Asia ❑ Negro o Afroamericano ❑Hawaiano Nativo u otro lisleño del Pacífico ❑Blanca o Caucásica

---

Parte 2. Hogar recibiendo beneficios: programa de asistencia de nutrición suplementaria (**SNAP**), asistencia temporal para familias necesitadas (**TANF**), o programa de distribución de alimentos en reservaciones indias (**FDPIR**): **Completar partes 1, 2 y 4.**

Echale un vistazo aplicables Prepaga: ❑ **SNAP** ❑**TANF** ❑**FDPIR** Master # Caso: _____

Parte 3A. Superior a las pautas de ingresos de los hogares: completar las partes 1, 3A y 4.

Si su ingreso familiar supera las pautas de ingresos (aparece en la carta adjunta), Marque esta casilla ❑

Parte 3B. Todos los otros hogares – si usted **no** tiene un complemento, TANF o FDPIR ***MASTERCASE* número**: completa partes 1, 3B y 4**.**

Lista de los nombres de miembros del hogar todas no aparece en la parte 1 y Niños de crianza	**INGRESO bruto antes de cualquier deducción (Net para autónomos)** W = E2 semanal = cada 2 semanas 2 M = dos veces al mes M = mensual Y anual de =								
	Ganancias del trabajo		**Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia**		**Seguridad Social de pensiones, jubilación,**		**Otros ingresos**		**Echale un vistazo If CERO ingresos**
	¿Cuánto?	frecuencia?¿Con qué	¿Cuánto?	frecuencia?¿Con qué	¿Cuánto?	frecuencia?¿Con qué	¿Cuánto? qué	frecuencia?¿Con	
1									❑
2									❑
3									❑
4									❑

Número de seguro social del miembro hogar que firma la forma:

Últimos cuatro dígitos de número de Seguro Social: XXX - XX - _____ Si no tienes un número de Seguro Social, marque esta casilla ❑

Parte 4. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Certifico (promesa) que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos se divulgan. Entiendo que la instalación reciba fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente doy información falsa, el partic ipante que reciba comidas puede perder sus beneficios de comida y pueda ser procesado.

_____
Firma del padre/tutor fecha

_____
Nombre en imprenta

_____
Dirección

_____
Ciudad Estado Código postal

_____
Dirección de correo electrónico/teléfono

CENTRO SÓLO PARA USO

____ CASA DE SNAP/TANF/FDPIR

____ INGRESO ANUAL: _____ TAMAÑO DEL HOGAR: _____

_____
Centro oficial Firma fecha de la firma

_____
Fecha de vencimiento de la fecha de vigencia

Hogar categoría:

- ❑ Gratis
- ❑ Reducido
- ❑ Pagado
- ❑ Incompleta

Fomentar el niño – categoría libre
Nombre de la lista de hijos adoptivos

_____