

Estimado Participante o Familiar Adulto o Guardián:

Nuestra institución de atención para adultos ha sido aprobada por el Departamento de Educación de Nebraska para participar en la Programa de Alimentación n para Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program (CACFP)). El CACFP reembolsa a nuestra institución el costo parcial de las comidas. Estamos solicitando su ayuda para recibir los máximos beneficios del CACFP por completando el formulario adjunto (NS)200-C. Toda la información contenida es **confidencial**.

El participante/ miembro adulto de la familia/ guardián debe completar las partes 1 y 4 y una de las siguientes opciones: Parte 2, Parte 3A o Parte 3B para determinar la cantidad de fondos CACFP que el centro será elegible para recibir. Este formulario será colocado en nuestros archivos y será tratado como información confidencial. **Nota:** No se debe utilizar **white out** ni **tinta de borrador**. Si hay un error, tacha, corrige y pon su inicial.

Parte 1 – INSCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

- **Nombre de participante:** Indique el nombre y apellido del participante.
- **Fecha de nacimiento:** Indique la fecha de nacimiento del participante.
- **Fecha de Inscripción:** Listar participantes fecha de inscripción con organización.

Opcional: Marque las casillas de todas las raza(s) y etnias apropiadas con respecto al participante que se está inscribiendo.

Parte 2 – Hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR), SSI o Medicaid:

- **Complete Partes 1, 2 y 4** en el formulario adjunto.
- **Dar nombre y número de caso del programa del que se reciben los beneficios.**
- **Parte 3A - Hogares que exceden las pautas de ingresos** enumeradas en el cuadro a continuación:
- **Complete Partes 1, 3A y 4** en el reverso.

PARA CALCULAR EL INGRESO ANUAL

Ingresos semanales X 52 • Cada 2 semanas de ingreso X 26 • Ingresos dos veces al mes X 24 • Ingreso mensual X 12

Tamaño del Hogar:	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada Miembro Adicional de la Familia
Ingresos Anuales:	\$27,861	\$37,814	\$47,767	\$57,720	\$67,673	\$77,626	\$87,579	\$97,532	\$9,953

Parte 3B – Hogar por debajo de las **pautas de ingresos** complete de la siguiente manera - Complete Partes 1, 3B y 4 en el formulario adjunto con la información adicional a continuación:

- **NOMBRES DE LA CASA:** Escriba los nombres de todos en el hogar. Incluya al participante, su cónyuge y/o cualquier otra persona que resida con el participante y dependa del participante para su apoyo económico. Los adultos con discapacidad funcional que viven con sus padres se consideran una "familia" separada de sus padres.
- **INGRESO BRUTO ANTES DE DEDUCCIONES:** Escriba la cantidad de ingresos que recibe cada persona en la misma línea que su nombre. Utilizar las columna(s) apropiadas: Ganancias del Trabajo, Welfare/Manutención de los hijos/Alimony, Pensiones/Jubilación /Seguridad Social u Otros Ingresos (ver lista a continuación). Al lado de la cantidad de ingresos escriba con qué frecuencia se reciben los ingresos. Los ingresos son todo dinero antes de que se deduzcan impuestos o cualquier otra cosa. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de ingreso cero.

OTROS INGRESOS: Beneficios de huelga, compensación por desempleo, compensación laboral, beneficios por incapacidad, intereses/dividendos, efectivo retirado de ahorros, ingresos de herencias/fideicomisos/inversiones, regalías/anualidades/ingresos de alquiler, contribuciones regulares de una persona que no vive en el hogar,

BENEFICIOS DE VIVIENDA MILITAR: Declarar el subsidio de vivienda fuera de la base como ingreso. Si la vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.

AUTOEMPLEO: Reportar los ingresos derivados del negocio menos los costos operativos para la utilidad neta. La pérdida del negocio no se puede deducir de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. El menor ingreso posible es cero.

- **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba los últimos cuatro (4) dígitos del número de seguro social del participante o familiar adulto o guardián que firma los formularios. Si el participante o familiar adulto o guardián no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es para uso exclusivo del CACFP y es obligatorio.

Parte 4 FIRMA E INFORMACION DE CONTACTO:

- Firmar y fechar la solicitud. El formulario debe estar firmado por el participante o un familiar adulto o guardián.
- Complete la información de contacto – nombre, dirección, número de teléfono, e información del empleador.

Declaración de la Ley de Privacidad: La ley nacional de almuerzos escolares de Richard B. Russell requiere la información contenida en esta solicitud. No es necesario que brinde la información, pero si no lo hace, los fondos que recibe su centro de atención para adultos pueden verse afectados. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o número de caso del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR) o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguridad social. Usaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación del Programa.

Declaración No Discriminatoria:

Según la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), se prohíbe discriminar a esta institución por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además de inglés. Personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y teletipo) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretaria Adjunta de Derechos Civiles (ASCR) sobre la clase y fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **Correo:**
Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C.
20250-9410; o
2. **Fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo Electrónica:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. Como se indicó anteriormente, todas las bases protegidas no se aplican a todos los programas “las primeras seis bases protegidas de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad y sexo son las seis bases protegidas para solicitantes y beneficiarios de los Programas de Nutrición Infantil.”

Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con el centro:

Centro Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Contacto del Centro Persona: _____

Teléfono: _____

E-Mail: _____

La Agencia Estatal que administra el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos es:

Departamento de Educación de Nebraska
Servicios de Nutrición

Apartado de Correos 94987

Lincoln, NE 68509

Teléfono: 402-471-2488

Sitio Web: <http://www.education.ne.gov/NS>

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA CENTROS DE CUIDADO DIURNO PARA ADULTOS
JULIO 1, 2024 A JUNE 30, 2025**

Parte 1. PARTICIPANTE: Complete el nombre del participante, fecha de nacimiento, origen étnico y raza.

Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de Inscripción

OPCIONAL: Verifique el origen étnico y la raza del participante que está inscribiendo.

Origen étnico (seleccione uno o Hispano o Latino No Hispano or Latino más):

Raza (seleccione uno o más): India americana o nativa de Alaska asiático afro-americano nativo de Hawái u otra isla del Pacífico caucásico

Parte 2. Hogares que reciben *beneficios* del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (**SNAP**), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (**TANF**) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (**FDPIR**): Ingreso de Seguridad Suplementario (**SSI**) o **Medicaid: Complete Partes 1, 2 y 4.**

Verifique los programas aplicables: SNAP TANF FDPIR SSI Medicaid Caso Maestro #: _____

Parte 3A. HOGARES QUE EXCEDEN LAS PAUTAS DE INGRESOS: Complete Partes 1, 3A y 4.

Si los ingresos de su familia exceden las pautas de ingresos (que figuran en la carta adjunta), marque esta casilla

Parte 3B. TODOS LOS DEMÁS – Si no tienes un número de caso de SNAP, TANF, FDPIR SSI, o Medicaid, complete partes 1, 3B, y 4.

Enumere los nombres de todos los miembros del hogar, incluido el participante.	INGRESO BRUTO ANTES DE CUALQUIER DEDICCIÓN (Neto para trabajadores por cuenta propia) W=Semanalmente E2=Cada 2 Semanas 2M=Dos veces al Mes M=Mensual Y=Anual								Marque la Casilla si NO HAY ingresos
	Ganancias del Trabajo		Welfare, Manutención infantil, Pensión Alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguridad Social		Todos los Demás Ingresos		
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>

Número de seguro social del miembro del hogar que firma el formulario. **Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social: XXX – XX -**

_____ Si no tiene un número de seguro social, marque esta casilla

Parte 4. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios del CACFP puede verificar la información. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente, el participante que recibe comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo puedo ser procesado.

Firma del participante o Familiar Adulto o Guardián _____

Fecha Firmada _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____

E-Mail: _____

USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

CATEGORÍA DE HOGAR:	<input type="checkbox"/> Gratis
	<input type="checkbox"/> Precio Reducido
	<input type="checkbox"/> Pagado

_____/SNAP/TANF/FDPIR/SSI/MEDICAID HOGAR INGRESOS ANUALES: _____ TAMAÑO DEL HOGAR: _____

Firma Oficial del Centro: _____

Fecha Firmada: _____

Fecha Efectiva: _____

Fecha de Caducidad: _____