Estimado padre, madre o tutor:

Nuestra institución de cuidado infantil ha sido aprobada por el Departamento de Educación de Nebraska para participar en el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). El CACFP reembolsa a nuestra institución el costo parcial de las comidas. Le pedimos su ayuda para recibir los máximos beneficios del CACFP completando el formulario adjunto (NS)100-C. *Toda la información contenida en este formulario es* ***confidencial.***

El padre/madre/tutor 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 del CACFP que el centro podrá recibir. **Nota: No se debe usar corrector ni tinta borrable.** Si hay un error, táchelo, corríjalo y ponga sus iniciales**.**

Parte 1: INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

- Nombre del niño: Indique el nombre y apellido, incluidos los apodos y los apellidos con guion, de todos los niños inscritos en este centro.
- Fecha de nacimiento: Indique la fecha de nacimiento de cada niño.
- Fecha de inscripción: Indique la fecha de inscripción de cada niño en la organización.
- Horarios y días habituales de guardería y comidas servidas: Indique los horarios habituales de guardería de cada niño, indicando la hora de llegada y salida, marque cada día que el niño estará en la guardería y cada tipo de comida que recibe mientras está en la guardería.
- Bebé: Si el niño es menor de 12 meses, marque la casilla.
- Niño en acogida: Si el niño es un niño de acogida (bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o del tribunal), marque la casilla.
- Head Start: Si el niño es elegible para Head Start, marque la casilla.
- Edad escolar: Si el niño asiste al kindergarten o a un nivel superior y asiste a su programa de cuidado infantil antes, después y/o en días libres de la escuela, marque la casilla.

Opcional: Marque las casillas de todas las razas y etnias que correspondan al/a los niño(s) que está inscribiendo. Si no selecciona Raza o Etnia, se seleccionará una en su lugar según la observación visual. Esto no afecta la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Parte 2: Hogar que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria **(SNAP),** Asistencia Temporal para Familias Necesitadas **(TANF) o** Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas **(FDPIR)**

- Complete las Partes 1, 2 y 4 del formulario adjunto.
- Marque la(s) casilla(s) y proporcione el número de caso del programa del que se reciben los beneficios.

Parte 3A: Hogar **que excede** las directrices de ingresos que se indican en la tabla siguiente: Complete las partes 1, 3A y 4 del formulario adjunto.

PARA CALCULAR EL INGRESO ANNUAL

Ingreso semanal X 52 ♦ Ingreso cada 2 semanas X 26 ♦ Ingreso quincenal X 24 ♦ Ingreso mensual X 12

Tamaño del hogar:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	Cada miembro de la familia adicional
Ingreso anual:	$28,953	$39,128	$49,303	$59,478	$69,653	$79,828	$90,003	$100,178	+ $ 10,175

Parte 3B: Hogar **por debajo de** las directrices de ingresos indicadas en la tabla anterior**:** Complete las partes 1, 3B y 4 del formulario adjunto utilizando la información adicional que se indica a continuación:

- NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no se indican en la Parte 1. Inclúyase a usted mismo y a todos los demás hijos, su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas no familiares en su hogar. Utilice una hoja de papel aparte si no tiene suficiente espacio.
- INGRESOS BRUTOS ANTES DE DEDUCCIONES: Escriba la cantidad de ingresos que recibe cada persona en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) correspondiente(s): Ingresos del trabajo, Bienestar/Manutención infantil/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguro Social u Otros ingresos (véanse las definiciones más abajo). Junto a la cantidad de ingresos, escriba con qué frecuencia se reciben. Los ingresos son todo el dinero antes de impuestos o cualquier otra deducción. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de cero ingresos.

  OTROS INGRESOS: Beneficios por huelga, compensación por desempleo, compensación laboral, beneficios por discapacidad, intereses/dividendos, efectivo retirado de ahorros, ingresos de propiedades/fideicomisos/inversiones, regalías/anualidades/ingresos por alquiler y contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar.

  NIÑOS EN ACOGIDA: Indique los ingresos personales recibidos por el niño en acogida en la Parte 3B. Los ingresos personales son (a) el dinero entregado para uso personal del niño, como ropa, gastos escolares y asignaciones y (b) todo el dinero que el niño reciba, como el dinero de su familia.

  BENEFICIOS DE VIVIENDA MILITAR: Declare como ingresos la asignación de vivienda fuera de la base. Si la vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.

  AUTOEMPLEO: Declare como ingresos netos los ingresos derivados de la empresa comercial menos los costos operativos. Las pérdidas del negocio no pueden deducirse de los ingresos positivos obtenidos en otro empleo. El ingreso mínimo posible es cero.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Escriba los últimos cuatro (4) dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma el formulario. Si el miembro adulto del hogar no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solo para el CACFP y es obligatorio.

Parte 4: FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Firme y feche la solicitud. El formulario debe estar firmado por el padre, la madre o el tutor.
- Complete la información de contacto: nombre, dirección, correo electrónico y número de teléfono.

Declaración de la Ley de Privacidad:
La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, los fondos que reciba su guardería/centro/proveedor 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 se solicita en nombre de un niño en acogida, o si se indica un número de caso del participante en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) u otro identificador (FDPIR) o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos 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 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 EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.
Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados 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;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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

Nombre del centro:_____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, C.P.: _____

Persona de contacto:_____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

La agencia estatal que administra el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos es:
Departamento de Educación de Nebraska
Servicios de Nutrición
P.O. Box 94987
Lincoln, NE 68509
Teléfono: 402-471-2967
Sitio web: http://www.education.ne.gov/NS

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS E INSCRIPCIÓN PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL
1° DE JULIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2026

Parte 1. INSCRIPCIÓN DEL NIÑO: Complete la información a continuación para todos los niños bajo su cuidado. Si el niño es un bebé, un niño en acogida (bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o del tribunal), un niño elegible para Head Start o un niño en edad escolar, marque la casilla correspondiente.

Apellido, Nombre	Fecha de nac.	Fecha de insc.	Horarios de guardería (Habituales)		Días en guardería (Habituales)							Comidas servidas durante el cuidado						Bebé	Edad escolar	Head Start	Niño en acogida
			Hora de llegada	Hora de salida	L	M	M	J	V	S	D	D	AM	A	PM	C	N	(Cero -11 meses)			
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑
																		❑	❑	❑	❑

Opcional: Marque la etnia y la raza del/de los niño(s) que está inscribiendo.

Etnia (seleccione una o más): ❑ Hispano o latino ❑ No hispano o latino

Raza (seleccione una o más): ❑ Indígena americano o nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Negro o afroamericano ❑ Nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico ❑ Blanco o caucásico

Parte 2. Hogares que reciben beneficios: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), **complete las partes 1, 2 y 4.**

Marque el programa correspondiente y proporcione el/los número(s) de caso maestro: ❑No. Caso SNAP:_____ ❑No. Caso TANF:_____ ❑No. Caso FDPIR:_____

Parte 3A. Hogares **que excedan** las directrices de ingresos (indicadas en la carta adjunta), marque esta casilla. ❑

Parte 3B. Todos los demás hogares: si no tiene un número de *caso maestro* SNAP, TANF o FDPIR, complete las partes 1, 3B y 4.

Escriba los nombres de **TODOS** los miembros del hogar que no aparezcan en la **Parte 1 y los niños en acogida.**	INFORME DE INGRESOS BRUTOS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para autoempleados) **Códigos de frecuencia de pago: S = Semanal Q2 = Cada dos semanas 2M = Dos veces al mes M = Mensual A = Anual**								Marque si tiene cero ingresos
	Ingresos del trabajo		**Bienestar, Manutención infantil, Pensión alimenticia**		**Pensiones, Jubilación, Seguro Social**		**Todos los demás ingresos (consulte las instrucciones)**		
	Cuánto	Con qué frecuencia	Cuánto	Con qué frecuencia	Cuánto	Con qué frecuencia	Cuánto	Con qué frecuencia	
									❑
									❑
									❑

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro del hogar que firma este formulario: **XXXX-XX-**_____ Si no tiene un número de Seguro Social, marque eta casilla: ❑

Parte 4. Firma e información de contacto

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que proporcione. Entiendo que el funcionario de CACFP puede verificar la información. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencionada, el participante que reciba las comidas puede perder sus beneficios y yo puedo ser procesado.

_____ _____
Firma del padre/tutor **Fecha de la firma**

Opcional: Información de contacto del padre/tutor:

_____
Nombre en letra de molde

_____
Dirección ***Ciudad*** ***Estado*** ***CP***

Correo electrónico: _____ ***Teléfono*** _____

Uso exclusivo del centro

_____ Hogar SNAP/TANF/FDPIR (debe tener un número de caso maestro)

_____ Ingreso anual: $ _____ Tamaño del hogar _____

_____ _____
Firma del funcionario del centro Fecha de la firma

_____ _____
Fecha de entrada en vigor Fecha de vencimiento

Categoría del hogar para beneficio de comidas:
- ❑ Gratuito
- ❑ Reducido
- ❑ Pagado
- ❑ Incompleto

Niño en acogida: Categoría Gratuito
Lista de nombres de los niños en acogida:_____