

2010/2011 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, y 7; sección 4 es opcional.
- Si no recibe estos beneficios y su ingreso es menor que el que aparece en las guías de ingresos, complete toda la solicitud (sección 4 es opcional)
- Si esta aplicando por un NIÑO DE CRIANZA, complete secciones 1, 6-7; sección 4 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, Código 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 3 y/o 5 de ésta solicitud)

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

- SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) Nº del caso _____ (No se acepta el Nº del Oregon Trail Card)
- TANF (Temporary Assistance to Needy Families) Nº del caso _____ (No se acepta el Nº de Employment Related Day Care)
- FDPIR (Food Dist. Program on Indian Reservations) OHP (Oregon Health Plan) Nº del caso _____
- Comida gratis o precio reducido en la escuela – NSLP Head Start WIC

3 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

Nombre del niño (*apellido, nombre*)

Fecha de Nacimiento

Edad

1. _____

2. _____

3. _____

4 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)

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

Marque una identidad étnica:

Marque una o mas identidad racial, si aplica:

- Hispano o Latino Americano Nativo / Nativo de Alaska Hawaiano Nativo / de las Islas del Pacifico
- No Hispano o Latino Asiático Blanco
- Negro o Afro Americano Otro: _____

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 están mencionados en número 2, a menos que ellos reciben ingresos.
(*Apellido, nombre*)

INGRESO MENSUAL DEL TRABAJO (antes de los deducciones)

MANUTENCION MENSUAL de niños y/o de Esposa/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. L _____

2. L _____

3. L _____

4. L _____

6 NIÑO DE CRIANZA Complete una forma para cada niño de crianza

Nombre

Fecha de Nacimiento

Edad

Ingreso mensual de uso personal del niño

L _____

7 FIRMA, FECHA Y NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

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.

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha Firmado

Número de Seguro Social *(Vea información de privacidad)

Marque aquí si el firmante no tiene número de Seguro Social #

X _____

Mes/día/año

L L L -L L -L L L L

DETERMINACIÓN DEL INGRESO MENSUAL PARA EL SALARIO Y ENTRADAS

El ingreso **Mensual** de todos los miembros del hogar debe ser reportado en la Sección 5 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 miembros del hogar que no reciben pago mensual deben cambiar sus entradas en ingreso mensual haciendo lo siguiente:

Miembros del hogar que reciben pago semanalmente: Multiplicar el total del salario y entradas de un período, antes de los rebajos, por 4.33. El monto resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que reciben pago cada 2 semanas: Multiplicar el total del salario y entradas de un período, antes de los rebajos, por 2.15. El monto resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que reciben pago dos veces por mes: Multiplicar el total del salario y entradas de un período, antes de los rebajos, por 2. El monto resultante es el ingreso mensual total.

Nota: El dinero recibido por un negocio o finca de la que Usted es el dueño, debe reportarse como "Ingreso Neto."

Ingreso Neto se define como el ingreso total después de que los gastos de operación del negocio o finca sean sustraídos del total de las facturas.

* DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La sección 9 del Acta Nacional del Almuerzo Escolar requiere que, a menos que se provea el número de caso de SNAP/número de caso de FDPIR u otro identificador, Usted debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma esta aplicación o indicar que el miembro del hogar que firma la aplicación no tiene un número de seguro social. Proveer un número de seguro social no es obligatorio, pero si no se da un número de seguro social, o no se da la indicación que el firmante no tiene dicho número, la aplicación no podrá ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar al miembro del hogar al realizar los esfuerzos de verificar que la información declarada en la aplicación sea correcta. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo a través de las entrevistas del programa, auditorías, y en las investigaciones y podrían incluir contactar a los patronos para determinar el ingreso, contactar las oficinas de SNAP, TANF o FDPIR con el fin de verificar la certificación actual para recibir estos beneficios, contactar la oficina de seguridad de empleo del Estado para determinar el monto de los beneficios recibidos y corroborar la documentación producida por los miembros del hogar para probar el monto del ingreso recibido. Estos esfuerzos podrían resultar en la pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos y acciones legales si se reportara información incorrecta.

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para llamadas TTD, llame gratis a USDA al número (800) 877-8339 o al número (866) 377-8642. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.

SOLO PARA USO OFICIAL - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ELIGIBILITY (check applicable box)

- SNAP# _____ OHP
 TANF # _____ HEAD START
 FDPIR WIC
 NSLP (National School Lunch Free or Reduced Price Meals)
- HOUSEHOLD INCOME
Household size: _____
Total household income: \$ _____
Amount from Income Eligibility Guidelines based on household size \$ _____
- FOSTER CHILD
Household size: _____
Total personal use income: \$ _____

APPROVED

- Tier 1
 Tier 2 (application incomplete or income too high)
- Monthly Income Conversions:
(if required, use these figures to convert income to monthly amount)
- Weekly x 4.33
 - Every 2 weeks x 2.15
 - Twice a month x 2

Signature of Official Determining Eligibility _____

Date _____

Double Check _____
(recommended but not required)