

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A – SOLICITUD relacionada con los INGRESOS

1. Información del Participante: (Debe ser completada por el Padre/Madre/Guardián)

Si un niño/a recibe prestaciones de los programas SNAP/K-TAP o es partícipe de los programas de cuidado familiar/adopción/Head Start, el niño/a cumple automáticamente los requisitos para ser seleccionado y recibir gratuitamente ayuda del Programa de comidas, de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Regulación Federal 7 CFR 226.23.

Si el participante recibe ayuda de los programas mencionados abajo, resultará automáticamente seleccionable para recibir comidas gratuitas. (Por favor, complete la información y pase directamente a la sección 3.)

Apellido del Participante	Nombre del Participante	Fecha de Nacimiento	Horas Típicas de Cuidado		Días Típicos de Cuidado (Seleccione con un círculo donde sea necesario)	Comidas normalmente consumidas (Seleccione con un círculo donde sea necesario)			Número de Snap o K-TAP #	Familiar	Adopción
						Desayuno	Almuerzo	Cena			
				-	L M Mi J V Sa Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				-	L M Mi J V Sa Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				-	L M Mi J V Sa Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				-	L M Mi J V Sa Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				-	L M Mi J V Sa Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*El Padre/Madre/Guardián trabaja durante varios turnos de trabajo y los participantes son cuidados durante diferentes días/horas sí no

2. Solicitud relacionada con los Ingresos, Miembros de la Unidad Familiar e Ingresos Mensuales:

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR <small>Incluya los niños/as que no estén listados en la sección 1.</small>	INGRESOS MENSUALES EN BRUTO <small>Ganancias del Trabajo (Antes de las Deducciones)</small>	INGRESOS MENSUALES <small>Ganancias procedentes de la Beneficencia Pública, Manutención de Menores o Pensión Alimenticia</small>	INGRESOS MENSUALES <small>Ganancias procedentes de Pensiones, Jubilación, beneficios del Seguro Social, Compensación por Desempleo</small>	INGRESOS MENSUALES <small>Cualquier otra ganancia procedente de los programas de cuidado familiar/adopción.</small>
Apellido, Nombre	\$	\$	\$	\$
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$

3. Firma y Número de Seguro Social:

Certifico que toda la información que proporcioné en este formulario es verdadera y que declararé todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información para poder recibir fondos federales y que, en caso de ser información falsa, podría estar sujeto a un proceso jurídico de acuerdo a las leyes estatales y federales.

X _____
Firma de un Miembro Adulto de la Unidad Familiar

X _____ No tengo Número de Seguro Social X _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social* Fecha

FOR SPONSOR USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Application approved for:	<input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> SNAP/KTAP <input type="checkbox"/> Reduced Price Meals <input type="checkbox"/> Foster/Kinship <input type="checkbox"/> Paid <input type="checkbox"/> Income Household	_____ Signature of Determining Official _____ Date
	Total Household Monthly Income _____	
	Household Size _____	

*7 CFR 226.15 (e)(2)

“USDA is an equal opportunity provider and employer.”

“The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve the participant for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the Social Security Number are not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number for the participant or other (FDPIR) identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if the participant is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the Program.”