

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL SUR
ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA BENEFICIOS DE COMIDA CACFP (CUIDADO INFANTIL)**

LLENE UNA SOLICITUD POR UNIDAD FAMILIAR. POR FAVOR, USE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ).

PASO 1 Indique TODOS los Miembros de la Unidad Familiar que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el 12vo grado. (Si se requieren espacios adicionales para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Definición de **Miembro de la Unidad Familiar**: "Cualquier persona que esté viviendo con usted y comparta los ingresos y gastos, aún si no tienen parentesco. Los menores en Crianza Temporal y los menores que cumplen con la definición de **Persona Sin Hogar, Migrante o Fugitivo**, son elegibles para comidas gratuitas.

NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	INSCRITO EN CUIDADO INFANTIL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MENOR EN CRIANZA TEMPORAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HEAD START <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SIN HOGAR/MIGRANTE/FUGITIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL MENOR	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

PASO 2 ¿Algún miembro de la unidad familiar (incluido usted) actualmente participa en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP, TANF (FI), ¿o FDPIR?

SI RESPONDE NO > Vaya al PASO 3

SI RESPONDE SÍ > Escriba el número de caso aquí y proceda al PASO 4 (no llene el PASO 3)

NÚMERO DE CASO

Escriba un solo número de caso en este espacio.

PASO 3 Ingreso Bruto Total de la Unidad Familiar

¿No está seguro sobre cuál ingreso debe incluir aquí? Vaya a la página 3 y revise las tablas "Fuentes de Ingreso" para obtener más información.

La tabla de "Fuentes de Ingreso para Menores" le ayudará con la sección de Ingresos de Menores. La tabla de "Fuentes de Ingreso para Adultos" le ayudará con la sección de Todos los Miembros de la Unidad Familiar.

A. Ingresos de Menores

A veces los menores de la unidad familiar ganan o reciben ingresos. Por favor incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los Miembros de la Unidad Familiar indicados en el PASO 1 aquí.

Ingresos de Menores	¿Con qué frecuencia?			
	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Todos los Miembros de la Unidad Familiar (incluido usted)

Indique todos los Miembros de la Unidad Familiar no indicados en el PASO 1 (incluido usted) aún si ellos no reciben ingresos. Por cada Miembro de la Unidad Familiar indicado, si reciben ingresos, reporte el ingreso bruto total (antes de los impuestos) para cada fuente en dólares en números redondos (sin centavos) únicamente. Si ellos no reciben ingresos de alguna fuente, escriba "0" o deje cualquier campo en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso alguno que reportar.

Nombre de los Miembros Adultos de la Unidad Familiar (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	¿Con qué frecuencia?		Asistencia Pública Manutención Infantil Pensión Alimenticia	¿Con qué frecuencia?		Pensiones/Jubilación Beneficios de Seguro Social/SSI/VA/Otros	¿Con qué frecuencia?	
		Semanal	Quincenal		2x Mes	Mensual		Semanal	Quincenal
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de Miembros de la Unidad Familiar (Menores y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Asalariado Principal u Otro Miembro Adulto de la Unidad Familiar

X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---

Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportan todos los ingresos. Yo entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos Federales, y que los oficiales de CACFP pueden verificar (revisar) la información. Estoy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, el participante/centro puede perder beneficios de alimentación, y yo podría ser enjuiciada bajo las leyes Estatales y Federales aplicables".

NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA EL FORMULARIO EN LETRA DE MOLDE		FIRMA DEL ADULTO			FECHA
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO	

OPCIONAL Identidades Étnicas y Raciales de los Menores (Opcional)

Se requiere que solicitemos información sobre la raza y etnicidad de sus menores. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos atendiendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus menores para recibir comidas durante el cuidado.

Etnicidad (marque uno): Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio Americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico Blanco

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información que está en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, los fondos que su centro /proveedor de cuidado infantil recibe podrían ser afectados. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted hace la solicitud en nombre de un menor en crianza temporal o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su menor o cuando usted indique que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar el reembolso de comida para su centro/proveedor de cuidado infantil. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programas y con funcionarios policiales para ayudarlos a examinar violaciones de las reglas del programa.

De conformidad con las leyes Federales de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los E.E.U.U. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en la administración de programas del USDA discriminen a base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o que tomen represalias por acciones previas de derechos

civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, grabación de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben contactar a la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades auditivas o que tienen discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede ponerse a disposición en otros idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, llene el Formulario de Queja del Programa USDA por Discriminación, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_fling_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 queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por:

CORREO*: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (202) 690-7442; or
EMAIL: program.intake@usda.gov

***Solo use esta dirección si está llenando una queja de discriminación.**
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

NO LLENAR Sólo para uso oficial

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income	How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly	Household Size	Eligibility FREE REDUCED PAID	For Child Care Homes Only:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tier I _____ Tier II _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Categorical Eligibility	<input type="text"/>
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DEL DSS 16160

Para solicitar comidas gratuitas y a costo reducido, llene esta solicitud usando las instrucciones que están abajo, firme su nombre y devuelva la solicitud al centro.

Paso 1—Nombre a TODOS los Miembros de la Unidad Familiar que son bebés, menores, y estudiantes hasta e incluyendo el 12vo grado. Revise si el menor está inscrito en el centro de Cuidado Infantil, si es un Menor en Crianza Temporal, si está en Head Start o si es una Persona sin Hogar, Migrante o Fugitivo. Marque todas las que apliquen.

Paso 2—Unidades Familiares que reciben SNAP, participan en el Programa de Independencia Familiar (FI) o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR): Indique el número de caso actual de SNAP, Independencia Familiar o FDPIR. Complete los pasos 1 y 4. No complete el paso 3.

Paso 3—Si usted no proporcionó un caso de SNAP, FI o FDPIR y usted no tiene una declaración de elegibilidad para Head Start o Even Start, complete este paso y el paso 1.

A. Ingresos de Menores

A veces los menores de la unidad familiar ganan o reciben ingresos. Por favor incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los Miembros de la Unidad Familiar indicados en el paso 1.

B. Todos los Miembros Adultos de la Unidad Familiar (incluido usted)

Indique todos los Miembros de la Unidad Familiar no indicados en el paso 1 (incluido usted) aún si ellos no reciben ingresos. Por cada Miembro de la Unidad Familiar, si reciben ingresos, reporte el ingreso bruto total (antes de los impuestos), para cada fuente en dólares en números redondos (sin centavos) únicamente. Si ellos no reciben ingresos de alguna fuente, escriba "0". Si usted ingresa "0" o deja algún campo en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso alguno que reportar. El solicitante también debe ingresar el Total de Miembros de la Unidad Familiar, los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto de la unidad familiar o marque la casilla si el solicitante no tiene un SSN.

Fuente de Ingresos para Menores	
Fuentes de Ingreso de los Menores	Ejemplos
Ganancias del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Un menor tiene un trabajo de medio tiempo o tiempo completo con el cual gana un salario o sueldo
Seguro Social -Pagos por discapacidad -Beneficios para sobrevivientes	<ul style="list-style-type: none"> Un menor es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social Un progenitor es discapacitado, jubilado o de capacidad reducida y su hijo(a) recibe beneficios del Seguro Social
Ingreso de una persona fuera de la unidad familiar	<ul style="list-style-type: none"> Un amigo o miembro de la familia extendida le proporciona dinero para gastos a un menor
Ingreso de cualquier otra fuente	<ul style="list-style-type: none"> Un menor recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privada, renta vitalicia o fideicomiso.

Fuente de Ingresos para Adultos		
Ganancias del Trabajo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia/Manutención Infantil	Pensiones/Jubilación/Todas las demás fuentes de ingreso
<ul style="list-style-type: none"> Salario, sueldo, bonos en efectivo Ingreso neto por empleo independiente (granja o negocio) <p>Si usted está en el Ejército de los E.E.U.U.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (no incluya pago por combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados) Subsidios de vivienda fuera de la base, de alimentos y ropa 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo Indemnización laboral Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Ayuda en efectivo del gobierno Estatal o local Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención infantil Beneficios para veteranos Indemnización por huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Social (incluyendo jubilación de empleados ferroviarios y beneficios por neumoconiosis) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingreso de fideicomisos o patrimonios Rentas Vitalicias Ingreso de inversiones Intereses devengados Ingresos por alquileres Pagos en efectivo regulares fuera de la unidad familiar

Paso 4—Los solicitantes deben pedirle al miembro adulto de la unidad familiar que firme, coloque su nombre en letra de molde, coloque la fecha y llene todas las demás casillas en este paso.

OPCIONAL—Identidad Étnica/Racial: Coloque una marca () al lado de la etnicidad con la que se identifica. Coloque una marca () al lado de la raza o las razas con las que se identifica. Necesitamos la información para garantizar que todos obtengan beneficios de manera justa. Usted no tiene que responder estas preguntas para obtener comidas gratuitas o de costo reducido. El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

Etnicidad:

- Hispano o Latino.* Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen hispano, sin importar la raza. El término "origen hispano" puede usarse además de "hispano o latino".
- No hispano o latino.*

Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska.* Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originales de América del Norte y del Sur (incluyendo Centro América), y quien mantiene una afiliación tribal o conexión con la comunidad.
- Asiático.* Una persona que es originaria de cualquiera de las poblaciones originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia, o del subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Afroamericano.* Una persona que es originaria de cualquiera de los grupos raciales negros de África. Términos tales como "haitiano" o "negro" se pueden usar además de "negro o afroamericano".
- Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico.* Una persona que es originaria de cualquiera de las poblaciones originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Blanco.* Una persona que es originaria de cualquiera de las poblaciones originales de Europa, del Medio Oriente o del Norte de África.