|  |  |
| --- | --- |
|  | **CENTRO DE ATENCIÓN PARA ADULTOS**  **INGRESOS - SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE 1 - INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADULTO** | |
| **Nombre del adulto** | **Edad** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parte 2 - MIEMBRO DEL HOGAR que recibe BASIC FOOD (ALIMENTOS BÁSICOS) o FDPIR, O PARTICIPANTE(S) QUE RECIBE(N) SSI O MEDICAID—Sólo un miembro del hogar que recibe Basic Food o FDPIR debe ser listado para establecer la elegibilidad para alimentos gratuitos. El SSI o el Medicaid sólo califican para esa persona.** | | |
| **Nombre** | **Coloque un círculo** | **Número de caso o número de identificación** |
|  | Basic Food (Alimentos Básicos) FDPIR SSI Medicaid |  |
|  | Basic Food (Alimentos Básicos) FDPIR SSI Medicaid |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parte 3 – Total de los ingresos del hogar del último mes—No es necesario si usted ha reportado un número de caso en la parte 2.** | | | | | |
| Los adultos con discapacidades funcionales que viven con sus padres se consideran una "familia" separada de sus padres. Rellene la parte 3 sólo si la elegibilidad se basa en los ingresos. | | | | | |
| **Nombre (nombre y apellido)**  **Enumere únicamente al participante o participantes, al cónyuge y a los hijos a cargo del participante o participantes** | **Ingresos brutos del último mes (o ingresos netos si es trabajador independiente)**  **Díganos cuánto y con qué frecuencia los recibe. En caso de no recibir ingresos, escriba “0”.** | | | | |
| **Ingresos del trabajo antes de las deducciones** | | **Pensión alimenticia,**  **Manutención de menores** | **Jubilación, Pensiones, Seguridad Social** | **Segundo empleo o cualquier otro ingreso** |
| *Jane Smith (ejemplo)* | *$500 / mes* | |  | *$400 / mes* | *$ 100 / semana* |
| 1. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 2. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 3. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 4. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 5. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 6. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| Cuando un participante reúne los requisitos en base a la parte 3, Total de los ingresos del hogar del último mes, deben facilitarse los cuatro últimos dígitos del número de la Seguridad Social del participante o marcar la casilla de que no tiene ninguno. | | | | | |
| Número del Seguro Social del participante adulto (últimos cuatro dígitos) XXX-XX- | | No tengo número del Seguro Social. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE 4 – FIRMA Y CERTIFICACIÓN** | |
| PENALIDADES POR FALSIFICACIÓN: Certifico que todos los datos anteriores son verdaderos y correctos y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que esta información se está dando para la recepción de fondos federales; que la información en la solicitud puede ser verificada, y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial bajo las leyes estatales y federales aplicables.  Debe estar firmada y fechada por el participante adulto, el miembro de la familia o el tutor. | |
| FIRMA DEL ADULTO FECHA | NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL ADULTO QUE FIRMA |
|  | RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE ADULTO |
| DIRECCIÓN CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO DEL DÍA |

|  |
| --- |
| **PARTE 5 – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL PARTICIPANTE (No tiene la obligación de contestar)** |
| Compruebe la categoría étnica y racial del participante adulto. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciben los beneficios de forma justa.  Etnia:  Hispano o latino Ningún participante adulto será discriminado por su raza,  Ni hispano ni latino color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.  Raza:  Blanca  Negra o afroamericana  Asiática  Nativa americana o de Alaska  Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico  Multirracial |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La **Richard B. Russell National School Lunch Act** (Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell) exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, los fondos que recibe su centro o proveedor de cuidado infantil pueden verse afectados. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social no son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño en acogida o cuando se indica un número de caso de Basic Food (Alimentos Básicos), del Temporary Assistance for Needy Families (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (TANF), del or Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) (FDPIR) o cualquier otro identificador del FDPIR para su niño, o cuando se indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número del Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar el reembolso de las comidas para su centro o proveedor de cuidado infantil. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa. | | |
|  | | |
| De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.  La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) 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 reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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:**  (833)256-1665 o (202) 690-7442; o  **CORREO ELECTRÓNICO:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) | **\*Utilice esta dirección únicamente si va a presentar una queja por discriminación.** |
| **Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.** | | |

|  |
| --- |
| **ÚNICAMENTE PARA USO DEL CENTRO** |
| El o los participantes son categóricamente libres sobre la base de  Basic Food (Alimentos Básicos)  FDPIR  SSI  Medicaid  Comparación de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12  El o los participantes de este formulario que no sean elegibles por categorías se califican de la siguiente manera:    Marque una  Gratis  Precio reducido  Ingresos totales por encima de la escala: $  Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada dos semanas  Semanal      Firma del representante de la institución Fecha  **No es válido sin la firma y la fecha.**  **Fecha de entrada en vigor de la IEA:** Si la institución utiliza la fecha de la firma del participante, miembro del hogar o del tutor como fecha de entrada en vigor, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución en el mismo mes en que el participante, miembro del hogar o tutor firmó el formulario o en el mes inmediatamente posterior. Si el representante de la institución no evalúa y firma la IEA dentro de estas directrices, la fecha de la firma del representante de la institución debe utilizarse como fecha de entrada en vigor. |