

FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD DE INGRESO - SUMMER FOOD SERVICE PROGRAM – VERANO 2017

Por favor, siga estas instrucciones para completar el formulario. Presentar una sola forma por hogar. Firmar el formulario y enviarlo por correo electrónico, fax o correo:

CAMP WAR EAGLE

14323 Camp War Eagle Road

Rogers, AR 72756

Correo electrónico: forms@campwareagle.org

Fax: 479-751-8791

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor llámenos al 479-750-2006 o 479-751-8899.

► Si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba nombre de los participantes y número de caso de SNAP, TANF o FDPIR.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 5: Responda esta pregunta solo si desea

► Si su hogar incluye un hijo adoptivo (Foster Child), utilizar una sola aplicación, y siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba Nombre del hijo adoptivo (Foster Child)

Parte 2: Por favor escriba nombre del hijo adoptivo (Foster Child).

Parte 3: Llene esta parte si está aplicando para otros niños y que no introduce un número de caso de SNAP, TANF, o FDPIR en la parte 1

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 5: Responda esta pregunta solo si desea

► Todos los otros hogares, incluyendo los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba nombre de los participantes

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar que tengan ingresos.

Casilla A–Nombre: Escriba nombre de cada persona que vive en su hogar, (incluyendo a los abuelos, otros familiares o amigos que viven con usted). Debe incluirse a sí mismo ya todos los niños que viven con usted. Utilice otro papel si es necesario.

Casilla B–Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron. Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibió el dinero.

• **Box 1:** Para ganancias, asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibió el dinero – semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

• **Box 2:** Para otros ingresos, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia.

• **Box 3:** Para pensiones, jubilación, Seguro Social,

• **Box 4:** Bajo Todos los Demás Ingresos, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veranos (beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo Ganancias del Trabajo, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Casilla C– Marque si NO tiene ingresos.

Parte 4: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 5: Responda esta pregunta solo si desea

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retaliación por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de cualquier programa público asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.) Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: programa.intake@usda.gov. Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD DE INGRESO - SUMMER FOOD SERVICE PROGRAM – VERANO 2017

PARTE 1. Los niños inscritos en CWE SUMMER DAY CAMP.

Nombre (Primer, Inicial del segundo, Apellido)	Numero de caso de SNAP, TANF o FDIPIR (si es aplicable).

PARTE 2. Hijo Adoptivo (Foster Child)

Si su hogar incluye un hijo adoptivo (Foster Child),

Nombre (Primer, Inicial del segundo, Apellido)	Nombre (Primer, Inicial del segundo, Apellido)

PARTE 3. Ingresos Totales Brutos De La Unidad Familiar—Tiene que decirnos cuanto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

A. Nombre (Liste a todas las personas que habitan en su hogar, incluyendo a sus hijos)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron				C. Marque si NO tiene ingresos
	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones	2. Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	4. Todos los demás ingresos	
(Ejemplo) Jane Smith	\$200/semanal	\$150/cada dos semanas	\$100/mensual	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>

PARTE 4. Firma y Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (Un Adulto tiene que firmar)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. Si se llena Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso en la primera página.)

Certifico (prometo) que toda la información que indique en esta solicitud s verdadera y que declare todos los ingresos. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales. Entiendo que la información puede ser verificada. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente

Firme aquí: X _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: ____ _
 No tengo número de Seguro Social

PARTE 5. Identidades Étnicas y Raciales de los Niños (Opcional)

Elija un grupo étnico:	Elija una o más (independientemente del grupo étnico):	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	

OFFICIAL USE ONLY –No llene esta parte.

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

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year

Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___

Reason: _____

Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____