



CDC/SGH# or name: _____

**Arizona Department of Health Services
Bureau of Child Care Licensing
Emergency, Information and Immunization Record Card**

Child's Name:	Date Enrolled:	Updated:
Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):		Date Disenrolled:
Home Phone:	Date of Birth:	Sex: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female

Mother or Guardian Name:	Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):
Cell Phone (optional):	Contact Telephone Number:

Father or Guardian Name:	Home Address (#, Street, City, State, Zip Code):
Cell Phone (optional):	Contact Telephone Number:

**I authorize the following individuals to collect my child from the facility in case of emergency or if I cannot be contacted:
(Pursuant to R9-5-304.B, at least two contact persons are required.)**

Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:
Name:	Contact Telephone Number:

If Medical care is necessary, call:

Health Care Provider*	Name:	Contact Telephone Number:
------------------------------	--------------	----------------------------------

*A Health Care Provider is a physician, physician assistant or registered nurse practitioner.

In case of injury or sudden illness, I request that this individual be called first:	
---	--

The following individual(s) may NOT remove my child from the facility:

Name(s):

Custody papers have been provided and are on file at the facility. yes no

Telephone Authorization Code (optional): _____

Immunization Information

(A licensee shall attach an enrolled child's written immunization record or exemption affidavit to the enrolled child's Emergency, Information and Immunization Record card.)

For information regarding current immunization requirements go to:

www.azdhs.gov/phs/immun/index.htm or contact the Arizona Immunization Program Office at (602)364-3630.

One of these items must accompany the EIIR card at all times:

<input type="checkbox"/>	Copy of current official documented immunization record attached
<input type="checkbox"/>	Religious Beliefs exemption form signed by parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Medical Exemption form signed by physician and parent/guardian attached
<input type="checkbox"/>	Signed Laboratory Proof of Immunity form attached

Notification of immunizations needed sent to Parent(s) or Guardian(s):	mo /day/ yr	mo /day/ yr	mo /day /yr
Updated immunizations received and attached:	mo /day/ yr	mo /day/ yr	mo /day /yr

Medical Information

<p>Is child allergic to food or other substances? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, describe symptoms, name foods or substances to be avoided, and the procedure to follow if reaction occurs:</p>
<p>Is child usually susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Is child subject to convulsions and what should be our procedure if one occurs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, specify procedure:</p>
<p>Is there any physical condition that we should be aware of and what precautions should be taken (heart trouble, foot problem, hearing impairment, hernia, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, list precautions:</p>
<p>Additional comments:</p>
<p>Other special instructions:</p>

This **Emergency Information and Immunization Record Card** is accurate and complete, front and back, and was provided by:

Parent/Guardian PRINTED Name:	SIGNED Name:	DATE:
-------------------------------	--------------	-------

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM INSTRUCTIONS (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

Instructions For Completing The CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form

Follow these instructions, if your household gets SNAP, TANF or FDPIR:

- Part 1:** List all household members including children in child care.
Part 2: List the case number for any household member receiving SNAP or TANF or FDPIR benefits.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number is not necessary.
Part 5: Skip this part.
Part 6: Answer this question if you choose.

If you are applying on behalf of a FOSTER CHILD, follow these instructions:

If all children you are applying for are foster children, or if you are only applying for benefits for a foster child:

- Part 1:** List all foster children. Check the box indicating that the child is a foster child.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number is not necessary.
Part 5: Skip this part.
Part 6: Answer this question if you choose.

If some of the children in the household are foster children:

- Part 1:** List all household members. For any person (including children) with no income, you must check the "No Income Box." Check the box if the child is a foster child.
Part 2: If the household does not have a case number, skip this part.
Part 3: Follow these instructions to report total household income from this month or last month:
Column A – Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who lives in the home) with income. Include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if needed.
Column B – Gross Income and How Often it was Received: For each household member, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received – weekly, every other week, twice a month or monthly:
In Box 1: List the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. You should be able to find it on your stub or your boss can tell you.
In Box 2: List the amount each person received for the month from welfare, child support, and alimony.
In Box 3: List retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits.
In box 4: List ALL OTHER INCOME SOURCES including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. For ONLY the self-employed, under *Earnings From Work*, report income after expenses. This is for your business, farm or rental property. Do not include income from SNAP, FDPIR, WIC or Federal education benefits. If you are in the Military Housing Privatization Initiative or receive combat pay, do not include this housing allowance as income.
Part 4: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number.
Part 5: If any child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway, check the appropriate box and call your school, homeless liaison, or migrant coordinator. ***If not applicable, skip this part.***
Part 6: Answer this question if you choose.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households, follow these instructions:

- Part 1:** List all household members. For any person (including children) with no income, you must check the "No Income Box."
Part 2: Skip this part.
Part 3: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.
Column A–Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who live in the home) with income. Include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if needed.
Column B – Gross Income and How Often it was Received: For each household member, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received – weekly, every other week, twice a month or monthly:
In Box 1: List the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. You should be able to find it on your stub or your boss can tell you.
In Box 2: List the amount each person received for the month from welfare, child support, and alimony.
In Box 3: List retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits.
In box 4: List ALL OTHER INCOME SOURCES including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. For ONLY the self-employed, under *Earnings From Work*, report income after expenses. This is for your business, farm or rental property. Do not include income from SNAP, FDPIR, WIC or Federal education benefits. If you are in the Military Housing Privatization Initiative or receive combat pay, do not include this housing allowance as income.
Part 4: An adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number.
Part 5: Skip this part.
Part 6: Answer this question if you choose.

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

**CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY LETTER
(CHILD CARE CENTER)**

Dear Parent/Guardian:

This letter is intended for parents or guardians of children enrolled in a child care center. This center offers healthy meals to all enrolled children as part of our participation in the U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). The CACFP provides reimbursements for healthy meals and snacks served to children enrolled in child care. A household with income less than or equal to the income chart for reduced-priced meals below is eligible for free or reduced-priced meals:

Household size	Yearly
1	\$21,590
2	\$29,101
3	\$36,612
4	\$44,123
5	\$51,634
6	\$59,145
7	\$66,656
8	\$74,167
Each additional person:	\$ 7,511

Please help us comply with the requirements of the CACFP by completing the attached Meal Benefit Income Eligibility Form. In order for the center to be considered eligible for free and reduced-price meals based on income, an application must contain complete documentation of eligibility information including total current household income, names of all household members, the social security numbers of the household member who signs the application, and the date and signature of the adult household member who completed the application. The information will be kept confidential and only available to staff directly connected with administering the CACFP.

If a child is a foster child or a member of a SNAP or FDPIR household or is a TANF recipient, the child is automatically eligible to receive free Program meal benefits, subject to the completion of this application. If a child is a Head Start participant, the child is automatically eligible to receive free Program meal benefits, subject to submission by Head Start officials of a Head Start statement of income eligibility documentation. Family members who become unemployed are eligible for free or reduced-price meals during the period of unemployment; provided that the loss of income causes the family income during the period of unemployment to be eligible for those meals.

Privacy Act Statement (This explains how we will use the information you give us): The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to provide 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 Social Security Number is 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.

Non-discrimination Statement (This explains what to do if you believe you have been treated unfairly): "In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer."

PLEASE COMPLETE THE REVERSE SIDE OF THIS FORM

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

Part 1. All Household Members (including enrolled children): Request additional sheets if necessary.			
Names of all household members (First, Middle Initial, Last)	DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	CHECK IF A FOSTER CHILD (THE LEGAL RESPONSIBILITY OF A WELFARE AGENCY OR COURT). IF ALL CHILDREN LISTED BELOW ARE FOSTER CHILDREN, SKIP TO PART 4 TO SIGN THIS FORM.	CHECK IF NO INCOME
Adult Household Member #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adult Household Member #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adult Household Member #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child #4:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 2. Benefits: If any member of your household receives SNAP, FDPIR, or TANF, provide the name and case number for the person who receives benefits and skip to part 4. **If no one receives these benefits, skip to part 3.**

NAME: _____ CASE NUMBER: _____

Part 3. Total Household Gross Income (income before any deductions) You must tell us how much and how often:

A. Name (List only household members with income)	B. Gross income and how often it is received: identify weekly, every other week, monthly, yearly...			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
	how much/how often	how much/how often	how much/how often	how much/how often
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

Part 4. Signature and last four digits of Social Security Number: An adult household member must sign this form. **If Part 3 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or write the word None if the signer doesn't have a Social Security Number.** (See Privacy Act Statement on the back of this page.)

I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted.

Sign here: _____ Print name: _____ Date: _____

Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Last four digits of Social Security Number: * * * - * * - _____ If no SSN, write the word "NONE" _____

Part 5. If any child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box and call your school, homeless liaison, or migrant coordinator

Homeless Migrant Runaway

Part 6. Participant's ethnic and racial identities (optional):

Mark one ethnic identity:	Mark one or more racial identities:
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Don't fill out this part. This is for official use only:

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/Income Eligibility: Free _____ Reduced _____ Paid _____

Foster Child Eligibility: Free _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM INSTRUCTIONS (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

Instrucciones Para Llenar el Formulario de Elegibilidad por Ingresos para Beneficios Alimenticios de CACFP

Siga estas instrucciones, si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR:

- Parte 1:** Liste todo miembro del hogar incluyendo niños en cuidado infantil.
Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro del hogar recibiendo beneficios de SNAP o TANF o FDPIR.
Parte 3: Sáltese esta parte.
Parte 4: Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social.
Parte 5: Sáltese esta parte.
Parte 6: Conteste esta pregunta si así lo elige.

Siga estas instrucciones, si está aplicando en representación de un NIÑO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Si todo niño por quien está aplicando es niño de crianza, o si sólo está aplicando por beneficios para el niño de crianza:

- Parte 1:** Liste todo niño de crianza. Marque la casilla indicando que el menor es un niño de crianza.
Parte 2: Sáltese esta parte.
Parte 3: Sáltese esta parte.
Parte 4: Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social.
Parte 5: Sáltese esta parte.
Parte 6: Conteste esta pregunta si así lo elige.

Si algunos de los niños en el hogar son niños de crianza:

- Parte 1:** Liste todo miembro del hogar. Por cualquier persona (incluyendo niños) sin ingreso, usted debe marcar la "Casilla de No Ingreso." Marque la casilla si el menor es un niño de crianza.
Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso, sáltese esta parte.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar ingreso total del hogar de este mes o último mes:
Columna A – Nombre: Liste sólo el primer nombre y apellido de **cada** persona viviendo en su hogar, relacionado o no (tal como abuelos, otros parientes, o amigos quienes viven en el hogar) con ingreso. Inclúyase usted mismo y todo niño viviendo con usted. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.
Columna B – Ingreso Bruto y Qué tan Seguido fue Recibido: por cada miembro del hogar, liste cada tipo de ingreso recibido por el mes. Usted debe decirnos que tan seguido es recibido – semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual:
En Casilla 1: Liste el **ingreso bruto**, no el pago que se lleva a casa. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted lo puede encontrar en su talón de cheque de nomina o su patrón se lo puede decir.
En Casilla 2: Liste la cantidad que cada persona recibió en el mes por parte de la asistencia social, sustento alimenticio, pensión alimenticia.
En Casilla 3: Liste jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Beneficios para Veteranos, beneficios por discapacidad.
En Casilla 4: Liste TODO OTRO RECURSO DE INGRESO incluyendo Compensación al Trabajador, desempleo, beneficios por huelga, contribuciones regulares por parte de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. SÓLO para el que trabaja por cuenta propia, bajo Ganancias del Trabajo, informe ingresos después de gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de arrendamiento. No incluya ingreso de SNAP, FDPIR, WIC, o beneficios de educación Federal. Si usted se encuentra en una Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe paga por combate, no incluya este subsidio de vivienda como ingreso.
Parte 4: Miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social.
Parte 5: Si cualquier menor por el cual está aplicando es un sin techo, migrante, o un huérfano marque la casilla adecuada y llame a su escuela, coordinador de los sin techos, o coordinador de migrantes. **Si no es aplicable, sáltese esta parte.**
Parte 6: Conteste esta pregunta si así lo elige.

TODO OTRO HOGAR, incluyendo hogares de WIC, sigan estas instrucciones:

- Parte 1:** Liste todo miembro del hogar. Por cualquier persona (incluyendo niños) sin ingreso, usted debe marcar la "Casilla de No Ingreso"
Parte 2: Sáltese esta parte.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar ingreso total del hogar de este mes o último mes.
Columna A – Nombre: Liste sólo el primer nombre y apellido de **cada** persona viviendo en su hogar, relacionado o no (tal como abuelos, otros parientes, o amigos quienes viven en el hogar) con ingresos. Inclúyase usted mismo y todo niño viviendo con usted. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.
Columna B – Ingreso Bruto y Qué tan Seguido fue Recibido: por cada miembro del hogar, liste cada tipo de ingreso recibido por el mes. Usted debe decirnos que tan seguido es recibido – semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual:
En Casilla 1: Liste el **ingreso bruto**, no el pago que se lleva a casa. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted lo puede encontrar en su talón de cheque de nomina o su patrón se lo puede decir.
En Casilla 2: Liste la cantidad que cada persona recibió en el mes por parte de la asistencia social, sustento alimenticio, y pensión alimenticia.
En Casilla 3: Liste jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Beneficios para Veteranos, beneficios por discapacidad.
En Casilla 4: Liste TODO OTRO RECURSO DE INGRESO incluyendo Compensación al Trabajador, desempleo, beneficios por huelga, contribuciones regulares por parte de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. SÓLO para el que trabaja por cuenta propia, bajo Ganancias del Trabajo, informe ingresos

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM INSTRUCTIONS (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

después de gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de arrendamiento. No incluya ingreso de SNAP, FDPIR, WIC, o beneficios de educación Federal. Si usted se encuentra en una Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe paga por combate, no incluya este subsidio de vivienda como ingreso.

Parte 4: Miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social.

Parte 5: Sátese esta parte.

Parte 6: Conteste esta pregunta si así lo elige.

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

**CARTA DE REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA BENEFICIOS ALIMENTICIOS DE CACFP
(CENTRO DE CUIDADO INFANTIL)**

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta esta intencionada para padres o tutores de niños inscritos en un centro de cuidado infantil. Este centro ofrece alimentos saludables a todo niño inscrito como parte de nuestra participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (CACFP, por sus siglas en inglés). El CACFP provee reembolso para alimentos y bocadillos saludables servidos a niños inscritos en la guardería infantil. Un hogar con ingreso menos que o igual a la tabla de ingresos de abajo para alimentos a precios reducidos es elegible para alimentos gratuitos o precio-reducido:

Tamaño Familiar en el Hogar	Anual
1	\$21,590
2	\$29,101
3	\$36,612
4	\$44,123
5	\$51,634
6	\$59,145
7	\$66,656
8	\$74,167
Cada persona adicional:	\$ 7,511

Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP al llenar el Formulario de Elegibilidad por Ingresos para Beneficios Alimenticios. Para que el centro sea considerado elegible para alimentos gratuitos y precio-reducido basado a ingresos, una solicitud debe contener documentación completa de información elegible incluyendo ingreso total actualizado del hogar, nombre de todo miembro del hogar, número de seguro social del miembro del hogar quien firma la solicitud, y la fecha y firma del miembro adulto del hogar quien llena la solicitud. La información se va a mantener confidencial y sólo disponible al personal directamente en conexión a la administración del CACFP.

Si el menor es un niño de crianza o miembro de un hogar de SNAP o FDPIR o es un receptor de TANF, el menor es automáticamente elegible para recibir beneficios gratuitos del Programa de Alimentos, sujeto al completar esta solicitud. Si un menor es participante de Head Start, el menor automáticamente es elegible para recibir beneficios del programa de alimentos gratuitos, sujeto a la sumisión por funcionarios de declaración de Head Start de documentación sobre elegibilidad por ingresos. Miembros de la familia quienes se llegan a quedar desempleados son elegibles para alimentos gratuitos o precio-reducido durante el periodo del desempleo; siempre que la pérdida de ingreso causa el ingreso familiar durante el periodo de desempleo que este dentro de la elegibilidad de esos alimentos.

Declaración de la ley de Privacidad (Esto explica como usaremos la información que usted nos dé): La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para alimentos gratuitos o precio-reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. No se requiere el Número de Seguro Social cuando usted aplica en representación de un niño de crianza o usted anota el número de caso del Programa de Asistencia en Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones de Indios (FDPIR, por sus siglas en inglés) para el participante u otros identificadores de (FDPIR) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar quien firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros vamos a usar su información para determinar si el participante es elegible para alimentos gratuitos o precio-reducido, y para la administración y ejecución del Programa.

Declaración de No-Discriminación (Esto explica que hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente): “De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU., está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410* o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (Voz). Individuos con deficiencia auditiva o tienen incapacidad del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.”

POR FAVOR LLENE EL LADO REVERSO DE ESTE FORMULARIO

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2015**

Parte 1. Todo Miembro del Hogar (incluyendo niños inscritos):			
Nombre de todo miembro del hogar (Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	MARQUE SI UN NIÑO DE CRIANZA (LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DEL BIENESTAR O TRIBUNAL). *SI TODO NIÑO LISTADO ABAJO ES NIÑO DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO INGRESO
Miembro Adultos del Hogar #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro Adultos del Hogar #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro Adultos del Hogar #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños #4:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe SNAP, FDPIR, o TANF, provea el nombre y número de caso de la persona quien recibe beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, sáltese a la parte 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar (ingreso antes de cualquier deducción) Usted debe decirnos cuanto y que tan seguido:

A. Nombre (Sólo liste miembros del hogar con ingreso)	B. Ingreso bruto y que tan seguido es recibido: identifique semanal, cada dos semanas, mensual, anual...			
	1. Ingresos del trabajo antes de deducciones cuánto/qué tan seguido	2. Asistencia social, sustento alimenticio, pensión alimenticia cuánto/qué tan seguido	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos cuánto/qué tan seguido	4. Todo Otro Ingreso cuánto/qué tan seguido
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 4. Firma y Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social: Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario. **Si se llena la Parte 3, el adulto quien firma el formulario debe también listar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escriba la palabra Ninguno si el que firma no tiene un Número de Seguro Social.** (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad en el dorso de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se da cuenta de todo ingreso. Entiendo que el centro va a obtener los fondos Federales basado en la información que yo dé. Entiendo que funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si al propósito doy información falsa, el participante recibiendo alimentos puede perder los beneficios de alimentos, y puedo ser enjuiciado.

Firme aquí: _____ Escriba nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * - * * - _____ Si no tiene Número de Seguro Social, escriba la palabra "NINGUNO" _____

Parte 5. Si cualquier menor por el cual usted está aplicando es sin techo, migrante, o un huador marque la casilla adecuada y llame a su escuela, coordinador de los sin techos, o coordinador de migrantes

Sin Techo Migrante Huidor

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional):

Marque una identidad étnica	Marque una o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano

No llene esta parte. Esto solamente es para el uso oficial:

Conversión de Ingreso Anual: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: Semana, Cada 2 Semanas, Dos Veces al Mes, Mensual, Anual Número de Personas en el Hogar: _____

Elegibilidad/Ingreso Categórica: Gratis _____ Reducido _____ Pagado _____

Elegibilidad del Niño de Crianza: Gratis _____

Firma del Funcionario Determinador: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario Confirmador: _____ Fecha: _____