

Formulario prototipo de elegibilidad por ingresos de Delaware de 2023-2024

Complete una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1 Mencione a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, menores y estudiantes hasta 12.º grado inclusive (si se necesitan más espacios para más nombres, adjunte otra

Definición de **miembro de la vivienda**: "Cualquier persona que conviva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no tengan parentesco".

Los menores en **régimen de acogida** y los que se ajustan a la definición de **personas sin hogar, inmigrantes o fugitivos** son elegibles para recibir comidas gratuitas. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido.**

Nombre del menor	Inicial segundo nombre	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Se ha inscrito?	Menor en régimen de acogida	Sin hogar, inmigrante, fugitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

PASO 2 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Fecha de inicio:	Hora de llegada:	a. m./p. m.	Hora de salida:	a. m./p. m.	Trabajo por turnos: Sí/No				
Días normales de la semana en que el/los participante(s) está(n) bajo cuidado <i>(marque con un círculo todas las opciones que correspondan):</i>			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Comidas consumidas en el lugar del prestador/centro: <i>(Marque con un círculo todas las opciones que correspondan. El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos [CACFP, en inglés] reembolsa hasta 2 comidas aprobadas y un refrigerio por día/participante):</i>									
Desayuno	Refrigerio de la mañana	Almuerzo	Refrigerio de la tarde	Cena	Refrigerio de la noche				

PASO 3a SOLO PARA PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE CUIDADO DE MENORES: ¿Algún miembro de la vivienda (incluido usted) participa actualmente en alguno de los siguientes programas de asistencia? ¿SNAP o TANF?

Si respondió NO > Vaya al PASO 4. **Si respondió SÍ** > Escriba aquí un número de caso y vaya al PASO 5 (NO COMPLETE EL PASO 4) **Número de caso:** _____

PASO 3b SOLO PARA PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO PARA ADULTOS Nombre del participante adulto:

¿Algún miembro de la vivienda (incluido usted) actualmente recibe asistencia de alguno de los siguientes programas? ¿SNAP, TANF, SSI o Medicaid? Marque con un círculo: Sí / No

Si respondió NO > Vaya al PASO 4. **Si respondió SÍ** > Escriba aquí un número de caso y vaya al PASO 5 (NO COMPLETE EL PASO 4). **Número de caso:** _____

PASO 4 Indique los ingresos de TODOS los miembros de la vivienda (Omita este paso si respondió "SÍ" e indicó un número de caso en el PASO 3a o 3b).

¿No está seguro de que los ingresos incluya aquí?

Lea la sección de "Fuentes de ingresos" en las instrucciones para obtener más información.

La tabla "Fuentes de ingresos de menores" lo ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de ingresos de adultos" lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A. Ingresos de menores
A veces, los menores de la vivienda ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros de la vivienda mencionados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos de la vivienda (incluido usted)
Mencione todos los miembros de la vivienda que no figuren en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada uno de los miembros de la vivienda mencionados, si reciben ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos) de cada fuente únicamente en números enteros expresados en dólares (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso para declarar.

Nombre y apellido de los miembros adultos de la vivienda	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública / Mantención infantil / Pensión alimentaria	¿Con qué frecuencia?				Pensiones / Jubilaciones / Otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual
<input type="text"/>	\$ <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"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <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"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <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"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <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"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <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"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de miembros de la vivienda (menores y adultos)

Cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social (SSN, en inglés) de la principal persona asalariada u otro miembro adulto de la vivienda

Marque si no tiene un SSN

PASO 5 Un miembro adulto de la vivienda debe firmar e indicar la fecha en este formulario para que pueda ser aprobado.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es correcta y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se comparte en relación con la recepción de fondos federales, y que los agentes del CACFP pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si comparto información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y yo puedo ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (si está disponible)	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto			Fecha de hoy		

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas

Estamos obligados a pedirle información sobre su raza y etnia. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que servimos a nuestra comunidad de forma plena. Responder a esta sección es opcional y no repercute en su derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnia (marque una): Hispano o latino No hispano o latino

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

Se exige la información de esta solicitud de acuerdo con la **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell**. No está obligado a compartir la información, pero si no presenta toda la información necesaria, no podremos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social de la principal persona asalariada u otro miembro adulto de la vivienda que firme la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario si presenta la solicitud en nombre de un menor en régimen de acogida o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, en inglés) u otro identificador del FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número del Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzos y desayunos. Podremos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, para asistir a los auditores en las revisiones de programas, y para ayudar a los funcionarios del orden público a investigar los incumplimientos de 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, en inglés), esta entidad tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (inclusive 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 discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y teléfono de texto) o 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, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o enviando una carta dirigida al 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, en inglés) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse:

- Por correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- Por fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442
- Por correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta entidad ofrece igualdad de oportunidades.

No completar Para uso exclusivo del PATROCINADOR

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 12, mensual x 12

Ingresos totales	¿Con qué frecuencia?	Tamaño de la vivienda	Elegibilidad categórica (En caso afirmativo, marque una opción):	FECHA DE RETIRO:	Elegibilidad:														
<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Semanal</td> <td>Cada dos semanas</td> <td>2 veces al mes</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vivienda con SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Vivienda con TANF <input type="checkbox"/> Head-Start <input type="checkbox"/> ECAP <input type="checkbox"/> Sistema de acogida <input type="checkbox"/> Sin hogar/Inmigrantes/Fugitivos <input type="checkbox"/> SSI (solo participantes adultos) <input type="checkbox"/> Medicaid (solo participantes adultos)	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Gratis</td> <td>A precio</td> <td>Pagado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Gratis	A precio	Pagado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual																
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
Gratis	A precio	Pagado																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Firma del agente que decide	Fecha																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>																		