Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

PARTE 1 –INFORMACIÓN DE NIÑOS—Obligatorio para todos los niños bajo cuidado. POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del estudiante	FDN	Edad	Encierre en un círculo los días normales/ Imprimir horas normales de atención	Círculo de comidas y Bocadillos recibidos normalmente
			lunes martes miercoles jueves viernes Horas:_____a _____	desayuno almuerzo A.M. Snack P.M. Snack
			lunes martes miercoles juevesviernes Horas: a	desayunot almuerzo A.M. Snack P.M. Snack
			lunes martes miercoles jueves viernes Horas: a	desayuno almuerzo A.M. Snack P.M. Snack
			lunes martes miercoles juevesviernes Horas: a s	desayuno almuerzo A.M. Snack P.M. Snack

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Marque la casilla que corresponda para ayudar a determinar si se requiere una solicitud para comidas gratis o a precio reducido:

☐ Mi(s) hijo(s) pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido en función de que un miembro del hogar reciba beneficios de Asistencia Alimentaria (FA), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) mi hijo(a) ren) el estado de hijo adoptivo de ren), o en función de los ingresos del hogar.

Se debe presentar una solicitud en línea en www.myschoolapps.com

☐ Mi(s) hijo(s) no calificarán para recibir comidas gratuitas o a precio reducido debido a que los ingresos del hogar superan el 185 % del nivel federal de pobreza para el tamaño de nuestro hogar.

FIRMA Y CERTIFICACIÓN—REQUERIDA

El miembro adulto del hogar debe firmar a continuación.

"Certifico (prometo) que toda la información en este formulario de inscripción es verdadera. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de CACFP pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, el participante/centro puede perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del adulto	fecha	Escriba el nombre del adulto que firma
X_____	_____	

Dirección	Ciudad/estado/Zip Code	Teléfono

dirección de correo

DO NOT FILL OUT - CENTER USE ONLY

See attached income eligibility determination.

X_____ _____
Signature of Determining Official **Today's Date**

X_____ _____
Signature of Confirming Official **Today's Date**

NOT VALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE.
E/IEF Effective Date: If the institution is using the parent/guardian signature date as the effective date, the form must have been signed by the institution representative within the same month the parent signed the form or the immediately following month. If the institution

representative does not evaluate and sign the E/IEF within these guidelines, the institution representative's signature date must be used as the effective date.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en:https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

(1) correo

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) email:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.