

Department of Health and Human Services
Women's and Children's Health

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
CHILD FOOD PROGRAM ELIGIBILITY/ENROLLMENT APPLICATION

1. NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE PARTICIPANTE(S):
 NOMBRES: _____ APELLIDO(S): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Child Care Networks, Inc.
 NÚMERO DEL ACUERDO: 7740
 NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: _____

2. CUPONES DE COMIDA, TANF (Ayuda temporaria para familias necesitadas) o FDPIR (Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas): Si este hogar ahora está recibiendo Cupones de comida o beneficios TANF o FDPIR, dé el número de caso. Si, estamos recibiendo cupones de TANF# _____ FDPIR# _____

Si recibe beneficios y ha dado el número de caso, **NO llene los números 3 y 4. Liene sólo los números 5 (voluntario) y 6.** Si un niño forma parte de un hogar que recibe cupones de comida o FDPIR o de una unidad de asistencia TANF, el niño automáticamente tendrá derecho a recibir beneficios gratuitos del Programa de comidas, después de haberse llenado la solicitud.

3. ¿ÉS ÉSTE UN NIÑO DE ACOG Sí No Households with foster and non-foster children may choose to include the foster child as a household member, as well as any personal income earned by the foster child, on the same household application that includes their non-foster children.
 Is this a homeless child or a child evacuated from Japan or Bahrain? Yes No Certification from the agency that assisted with the evacuation or is providing shelter is required

4. INGRESO MENSUAL DE TODOS EN EL HOGAR: Indique todos los que están viviendo en su hogar, **NO** incluya al participante mencionado arriba. Indique todo el ingreso bruto (antes de las deducciones) que fue recibido el mes pasado. Si usted no dio un número de caso para Cupones de comida o beneficios TANF o FDPIR, o si éste no es un niño de acogida, debe llenar la información sobre ingresos.

Nombre de todos los que viven en el hogar	Sueldos/ Salarios	Ingresos mensuales - Seguro Social	Ingresos mensuales - Asistencia pública mantenimiento de niños	Ingresos mensuales - Jubilación o	Ingresos mensuales - Otros
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

5. IDENTIDAD ÉTNICA: (Marque sólo uno) **NO** se le exige contestar esta pregunta.
 Hispanic o Latino Ni Hispanic ni Latino

IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más) **NO** se le exige contestar esta pregunta.
 Blanco Moreno/Negro o Afroamericano Indígena americano/Nativo de Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii u de otras islas del Pacífico

6. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información dada arriba es verdadera y correcta y que se ha reportado todo el ingreso. Entiendo que estoy dando esta información para recibir fondos federales; los funcionarios de la entidad pueden verificar la información dada en la solicitud y si falsifico información intencionalmente, se me puede enjuiciar bajo derechos penales estatales y federales aplicables.

Firma de un adulto en el hogar (obligatorio) _____ Date: _____ Numero de Seguro Social _____
 Printed Name _____ Telefono del hogar _____ Telefono del trabajo _____
 Address _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include 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 Food Stamp, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR) case number for your child 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 your child is eligible for free or reduced price meals and for administration and enforcement of the Program. 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

Required Child Enrollment Verification: Date of Enrollment: _____
 Sexo: Masculino Femenino Alergias a alimentos: Sí No Si contestó "Sí", especifique: _____
 (Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participante.)

Indique los días de cuidado normal en el centr domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado
 Indique comidas que normalmente se comen en el centr Desayuno Refrigerio a.m. Almuerzo Refrigerio p.m. Cena Refrigerio nocturno
 Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.) Llegada: _____ am pm Salida: _____ am pm

Firma de un adulto en el hogar (obligatorio) _____

Para uso exclusivo de la Institucion/Patrocinador
 NÚM DE PERSONAS EN EL HOGAR _____ TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$ _____
 Se aprueba gratis reducido se niega
 Razón por la negación ingresos demasiado altos solicitud incompleta Otros
 Se retiro el (fecha): _____

For state use only: Date: _____
 Verified by: _____
 Verified classification: Free Reduced Denied
 Reason for change in classification: _____

Firma del funcionario de calificación _____ Fecha: _____
 CAC II (6/11) Nutrition Services