

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL
PROGRAMA DE ALIMENTOS Y CUIDADO INFANTIL Y DE ADULTOS**

1. Todos los miembros del hogar

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido

Edades de los
menores
en el Centro

HIJO/A DE CRIANZA

Los hijos de crianza son responsabilidad legal de DCFS o el tribunal. Si todos son hijos de crianza, salte a la Sección 6

NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF Salte a la Parte 6 si incluye un número de caso SNAP o TANF. Debe incluir al menos un SNAP/TANF.

4. Sin hogar, migrante o fugitivo

☐

Sin hogar

☐

Migrante

☐

Fugitivo

☐

Head start

Firma del enlace para persona sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start

Fecha

5. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE (Ejemplo: \$100/mes, \$100/dos veces al mes, \$100/cada dos semanas, \$100/cada semana)

NOMBRES
(ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)

Ingresos del trabajo
(Antes de deducciones)

Bienestar, Infantil
Apoyo, pensión alimenticia

Pensiones, Jubilación,
Seguro social

Compensación laboral,
Desempleo, SSI, etc. (Todos los
otros ingresos)

Cantidad

¿Con qué
frecuencia?

Cantidad

¿Con qué
frecuencia?

Cantidad

¿Con qué
frecuencia?

Cantidad

¿Con qué
frecuencia?

i.

\$

\$

\$

\$

ii.

\$

\$

\$

\$

iii.

\$

\$

\$

\$

iv.

\$

\$

\$

\$

v.

\$

\$

\$

\$

6. Firma y Número del Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si la Sección 5 está completa o si se enumeran cero ingresos, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social".

X X X - X X -
Número del seguro social

☐ Yo **no** tengo un
Número de Seguro Social.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y se informan todos los ingresos. Entiendo que el centro obtendrá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que la institución, la Junta de Educación del Estado de Illinois o la Oficina del Inspector General pueden verificar la información en la solicitud. La entrega deliberada de información errónea puede someterme a juicio según las leyes estatales y federales aplicables.

Fecha

Nombre del adulto miembro del hogar

Firma del adulto miembro del hogar

7. Información de contacto (Opcional)

Número de teléfono laboral (Incluir código de área) Número de teléfono particular (Incluir código de área) Dirección particular (Número, calle, ciudad, estado, código postal)

8. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:

☐ Hispano/Latino

☐ No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:

☐ Asiático

☐ Caucásico

☐ Negro o Afroamericano

☐ Nativo Americano o de Alaska

☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

9. Compartir información con el Programa de Seguro All Kids (opcional)

¿Podemos compartir su información en esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids, el programa completo de seguro de salud para cada niño en Illinois? En caso de que **sí**, no firme a continuación.

☐ No, no quiero que mi información de esta solicitud se comparta con el Programa de Seguros All Kids.

Fecha: _____ Firme aquí: _____

SOLAMENTE PARA USO DEL REPRESENTANTE DE CUIDADO INFANTIL

Determinación de elegibilidad: Complete las Secciones A y B enseguida

SECCIÓN A

Conversión anual de ingresos semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

Convertir ingresos solo si es diferente
las frecuencias de pago son informadas.

TOTAL

INGRESOS \$ _____ **Por:** ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual **NÚMERO EN EL HOGAR:** _____

☐ **Gratis basado en:**

☐ hijo/a de crianza

☐ SNAP/TANF

☐ sin hogar

☐ migrante

☐ fugitivo

☐ ingresos del hogar

☐ Head Start

☐ **Reducido con base en:**

☐ ingresos del hogar

☐ **Rechazado - Motivo:**

☐ ingreso demasiado alto

☐ aplicación incompleta

☐ SNAP/TANF no calificado

SECCIÓN B

Firma del oficial que determina: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD: COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR

Siga estas instrucciones y devuelva el formulario completo a su centro. Una vez que sea aprobado para los beneficios de comida, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar del menor entra en vigencia por 12 meses.

HIJO(S) DE CRIANZA

Un hijo/a de crianza sigue siendo la responsabilidad legal del estado a través de una agencia de cuidado de crianza o el tribunal. Si envía documentación de la agencia local o estatal de la cual el menor está en cuidado de crianza, dicha documentación reemplaza la solicitud de Elegibilidad del Hogar.

1) Si todos los menores en su hogar (que asisten a este centro) son hijos de crianza que son responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal,

proporcione la siguiente información:

- Parte 1: Enumere el(los) nombre(s) y la(s) edad(es) de su(s) hijo(s) de crianza que asisten a este centro.
- Parte 2 - Marque la(s) casilla(s) que indican un(los) hijo(s) de crianza.
- Parte 3 - 5 Saltar
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

2) Si tiene algunos hijos de crianza que son responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal junto con otros hijos que asisten a este centro,

por favor, proporcione la siguiente información:

- Parte 1: Enumere a TODOS los miembros del hogar, incluyendo los hijos de crianza, y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2: Marque la(s) casilla(s) que identifica(n) al (a los) hijo(s) de crianza temporal.
- Parte 3: Registre un número de caso de SNAP / TANF válido si corresponde
- Parte 4 - Saltar
- Complete las partes 5 y 6 si corresponde. Consulte las instrucciones para la sección **INGRESO-HOGARES INFORMANDO**.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

BENEFICIOS DE SNAP/TANF - HOGARES QUE RECIBEN

Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF, informe lo siguiente:

- Parte 1: Enumere TODAS las personas de su hogar (incluyendo los abuelos, otros familiares o amigos que viven con usted) y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2 — Saltarse
- Parte 3: Registre un número de caso válido de SNAP/TANF para cualquier miembro (niño o adulto) de este hogar. Encontrará su número de caso de SNAP/TANF en su carta de elegibilidad para recibir beneficios.
- Parte 4 - 5 Saltar
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

SIN HOGAR, MIGRANTE, FUGITIVO, HEAD START

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF y si algún menor no tiene hogar, es migrante, se ha fugando o tiene head start, siga estas instrucciones.

- Parte 1: Haga una lista de TODOS los miembros del hogar y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2 - 3 Saltar
- Parte 4: Si algún menor para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante o se escapó, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela local.
- Parte 5: Complete solo si un menor en su hogar no es elegible en la Parte 4. Vea las instrucciones para **INGRESOS - HOGARES INFORME** la sección a continuación y complete las Partes 5 y 6.
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

INGRESOS - INFORMES DE HOGARES

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF, informe todos los ingresos del hogar. La solicitud de Elegibilidad del Hogar debe incluir la siguiente información:

- Parte 1: Enumere los nombres de TODOS los miembros del hogar y la(s) edad(es) de los niños que asisten al centro de cuidado infantil.
- Parte 2 - 4 Saltar
- Parte 5: Anote el ingreso bruto total (antes de las deducciones), no el salario neto; y la frecuencia, con qué frecuencia se recibe el dinero, por cada miembro de la familia para el mes pasado. Si el ingreso del mes pasado no fue el monto habitual que recibe normalmente, puede proporcionar una cantidad proyectada que representa mejor su ingreso bruto.
 - o SÓLO para los trabajadores independientes, enumere los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler.
 - o Si se encuentra en la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.
 - o Si no tiene ingresos, marque cero en la columna de ganancias del trabajo.
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud. También, proporcione los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social Número para el adulto que firma la solicitud. Si se rehúsa a proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social, la solicitud no puede ser aprobada. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla, no tengo un número de seguro social.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD Y DISCRIMINACIÓN

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: 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), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo 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 discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese 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, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a 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) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

fax: 256-1665 o (202) 690-7442; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.