

Catholic Charities CW, Child Care Nutrition  
 303 East D St Suite 4, Yakima WA 98901  
 (509) 965-7107, Nutrition@catholiccharitiesscw.org  
 Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos  
**SOLICITUD DE INSCRIPCION/ELEGIBILIDAD POR INGRESO**

**PARTE 1**

Nombre de Proveedor

**PARTE 2 - NIÑOS QUE RECIBEN WASHINGTON BASIC FOOD (WBF), TANF O FDPIR**

Si su niño es miembro de hogar que recibe estampillas de comida (WBF), asistencia temporal de familias necesitadas (TANF) Unidad asistencia, o participa en el programa de Distribución de comida en Reservación de Indios (FDPIR) u otro programa federal o estado categórica/elegible, el niño es automáticamente elegible recibir beneficios de comida. Para los niños que reciben estos beneficios llene parte 2 y 6.

| Nombre del niño(s) | Circule Uno    | Número del caso o número de identificación | Otro programa identificado | EDAD | Fecha de nacimiento |
|--------------------|----------------|--|----------------------------|------|---------------------|
|                    | WBF TANF FDPIR |  |                            |      |                     |
|                    | WBF TANF FDPIR |  |                            |      |                     |

**LISTA DE OTRO PROGRAMA CATEGORICAL**

Esta es una lista de otros programas categórica-elegible. Seleccione en número apropiado del programa y anote el numero en la parte 2 en la parte "Otro programa identificado"

1. Head Start Inscrito
2. Programa Escuela Nacional (NSLP) elegible para gratuita o reducida comida.

**PARTE 3 - HIJO DE CRIANZA: Un formulario por hijo de crianza**

| Nombre del niño(a) | Ingreso mensual para uso personal del niño(a) (si no tiene, escriba "0") |
|--------------------|--|
|                    |  |

**PARTE 4**

Llene esta parte para los niños en su hogar que no estén anotados en la parte 2. Si necesita más espacio, use papel adicional.

| Nombre del niño(s) | EDAD | Fecha de nacimiento |
|--------------------|------|---------------------|
| 1.                 |      |                     |
| 2.                 |      |                     |
| 3.                 |      |                     |

**PARTE 5 - Si anoto algún niño en la parte 4, DEBE completar parte 5 y la parte 6.**

Bajo NOMBRE, escriba los nombres de TODOS los que viven en su hogar, incluyéndose usted y cualquier niño que anote en la parte 4. En los últimos cuatro renglones, anote TODO ingreso mensual recibido en bruto (ingreso bruto es la cantidad de ingreso antes de impuestos, seguro social, etc.) opuesto al nombre apropiado. Si es empleado por sí mismo, anote el ingreso Neto.

| Número total en el Hogar _____<br>Anote los nombres (apellido, primero) de todos en su hogar | INGRESO ACTUAL (por mes)                     |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  | Todo ingreso de trabajo antes de deducciones | Pensión por separación, manutención de niños | Pagos de retiro, Pensión, seguro social | Segundo trabajo o cualquier otro ingreso |
| 1.   |  |  |   |  |
| 2.   |  |  |   |  |
| 3.   |  |  |   |  |
| 4.   |  |  |   |  |
| 5.   |  |  |   |  |

Si la lleno la parte 4 El adulto debe firmar y anotar su número de seguro social o debe marcar la caja que no tiene (Véase atrás de esta página Declaración del acto de Privacidad

Número de seguro social del Adulto (últimos cuatro números)XXX-XX-\_\_\_\_\_  Yo no tengo Seguro Social

**PARTE 6 - FIRMA Y CERTIFICACION**

Certifico que toda información escrita es verdadera y correcta y que todo ingreso esta reportado. Entiendo que esta información está siendo dada para el recibo de fondos federales; que oficiales de la institución pueden verificar la información en la aplicación, y que la falsa representación deliberada puede sujetarme a prosecución bajo las leyes del estado y federales aplicables. Si el adulto no tiene un número de seguro anote "ninguno" a un lado del nombre abajo.

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| Firma Del Padre            | Fecha De Firma      |
| Imprima El Nombre De Padre | Teléfono De Casa    |
|                            | Teléfono De Trabajo |

**PARTE 7 - INFORMACION DE IDENTIFICACION Y CERTIFICACION DE DATOS; No es necesario que responda esta parte.**

Marque la categoría étnica y racial de su hijo. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciben beneficios de manera justa.

Grupo étnico:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad

Raza:

- Blanca
- Negro o Afra Americana
- Asiática
- Indoamericana o de Nativo de Alaska
- Hawaiana o de las Islas del Pacifico
- Mestiza

Si usted considera que ha sido discriminado, deberá escribir a la Secretaria de Agricultura, Washington, DC 20250.

**DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La Sección 9 de la Ley del Almuerzo de la Escuela Nacional requiere que, a menos que se proporcione el número de caso de participante de WBF, TANF o FDPIR, debe incluir el número de seguro social del adulto, miembro de la familia, que firma la solicitud o indicar que el miembro de la familia no tiene número de seguro social. Proporcionar un número de seguro social no es obligatorio, pero si no se proporciona un número de seguro social o no se indica que el firmante no tiene un número de seguro social, la solicitud no puede ser aprobada. Este aviso debe ser presentado a la atención del miembro de la familia cuyo número de seguro social es divulgado. El número de seguro social puede ser utilizado para identificar al miembro de la familia, al llevar a cabo los esfuerzos para verificar que sea correcta la información declarada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo través de revisiones de programa, auditorias e investigaciones y puede incluir el comunicarse con los empleadores para determinar el ingreso, comunicarse con una oficina WBF o de bienestar para determinar la certificación actual para recibir los beneficios de WBF o TANF, comunicarse con la oficina de seguridad del empleo estatal para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación producida por el miembro de la familia para comprobar el monto de ingreso recibido. Estos esfuerzos pueden dar como resultado la pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos o acciones legales, si se reporta información incorrecta.

**PARTE 8 - SOLAMENTE PARA USO DEL CENTRO**

Household Size: \_\_\_\_\_ Monthly Income \$ \_\_\_\_\_ **OR** WBF  TANF  FDPIR  Foster Child

Head Start  NSLP

Not Eligible  Reason for Denial: Income Too High  Incomplete Application

\_\_\_\_\_  
Signature of Determining Official

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Effective Date (within current month)