PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS

DECLARACIÓN DEL TAMAÑO E INGRESOS DE LA FAMILIA (COMPONENTE DE ATENCIÓN AL ADULTO) (FFY 2015, Rev. 7/14)

Complete este formulario y devuélvalo al centro. Si necesita ayuda, por favor llame al centro.

Fecha de Recepción por el Centro

_____

Nombre(s) y Apellido (s) de el/los Participante (s) Inscrito (s)	Centro

PARTE 1: BENEFICIOS

Si algún miembro de su familia recibe actualmente ayudas del FoodShare Wisconsin, Seguro de Ingresos Complementarios (SSI, por sus siglas en inglés), Medicaid o el Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), **marque el cuadro del beneficio recibido actualmente y escriba el número del caso. Complete la PARTE 3 y devuélvalo a la oficina del centro. No complete la PARTE 2. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la PARTE 2.**

❑ **FoodShare Wisconsin (# de 10 o 16 dígitos)** ❑ **SSI (# de 9 dígitos)** ❑ **Medicaid (# de 9 dígitos)** ❑ **FDPIR (# de 9 dígitos)**

Número de Caso/Número de Tarjeta Quest: _____

PARTE 2: TOTAL TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS

1) Mencione a todos los miembros de la familia, incluyéndose usted mismo.
2) Mencione todos los ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos, seguro social, etc.) enfrente del nombre de la persona que lo recibe. (Los miembros de la familia que sean trabajadores independientes deben reportar ingresos netos). Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.

Si mencionó un número de caso en la Parte 1, no debe proporcionar información de ingresos.

1) Nombre Completo	2) Ingresos brutos y con qué frecuencia se reciben																
	Ingresos del trabajo antes de deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pagos de bienestar social, Manutención de hijos, o Pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pensiones, Retiro, Seguro Social, SSI, Beneficios para Veteranos	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Todos los demás ingresos recibidos el mes pasado (indicar la frecuencia)	Marque si no tiene ingresos
(Ejemplo) Jane Smith	$200.00	☒	☐	☐	☐	$150.00	☐	☒	☐	☐	$100.00	☐	☐	☐	☒	$200.00 /Anualmente	
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ /____	☐

PARTE 3: TODAS LAS FAMILIAS

Recolección de datos de origen étnico y raza – *Completarla es opcional*

De acuerdo con la ley federal, este centro debe hacer las siguientes dos preguntas sobre origen étnico y raza. Sus respuestas son estrictamente para reportes estadísticos y no tendrán efecto sobre la determinación de elegibilidad para beneficios. **Por favor, responda las dos preguntas.**

¿EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S) ES/SON HISPANO(S) O LATINO(S)? ❑ Sí, Hispano o Latino ❑ No, ni Hispano ni Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S):

❑ Nativo Americano o Nativo de Alaska ❑ Negro o Afroamericano ❑ Blanco ❑ Asiático ❑ Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DE LA FAMILIA Y ÚTLIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#)

Si se completa la Parte 2, el adulto que firme el formulario debe mencionar los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social o marcar "Ninguno" si no tiene SS#.

CERTIFICO: Que la anterior información es cierta y correcta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se suministra para recibir fondos federales, que los funcionarios de la agencia pueden verificar la información en este formulario y el hecho de suministrar información falsa de manera deliberada puede llevar a procesos legales de acuerdo a las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma del Adulto Miembro de la Familia	Fecha de la Firma *Mes/Día/Año*	Últimos 4 dígitos del SS# (o marque "Ninguno" si no tiene SS#)
		***-**-__ __ __ __ ❑ Ninguno

PARA USO DEL CENTRO ÚNICAMENTE – Todas las 3 secciones y la fecha de vigencia deben completarse

1) Bases para determinar la elegibilidad

❑ **Tamaño de la familia** _____ **O**

Ingresos totales $_____/_____

❑ **FoodShare WI**
❑ **SSI**
❑ **Medicaid**
❑ **FDPIR**

2) Determinación de elegibilidad

❑ **Gratis**
❑ **Reducida**
❑ **No tiene necesidad**

3) Iniciales del oficial que hace la determinación y fecha de aprobación

_____

Fecha de vigencia de la determinación

_____

Utilice los siguientes factores de conversión para determinar los ingresos anuales solo si se reportan múltiples frecuencias de pago: Ingresos Semanales x 52 = Ingresos Anuales. Cada 2 semanas de ingresos x 26 = Ingresos Anuales. Ingresos recibidos dos veces al mes x 24 = Ingresos Anuales. Ingresos Mensuales x 12 = Ingresos Anuales.

Este formulario vence un año después de la fecha de vigencia elegida por la agencia, tal como se indica en su solicitud en línea para el CACFP.