

# 2011/2012 DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS – Child Care Centers/Family Day Care Providers

## INSTRUCCIONES

- Si recibe SNAP, TANF o FDIPIR complete secciones 1-2, y 5; sección 3 es opcional.
- Si su ingreso es menor que lo que aparece en las guías de ingresos, complete secciones 1, 2, 4, y 5; sección 3 es opcional.
- Si esta aplicando por un NIÑO DE CRIANZA, colocado en un hogar designado por la corte o agencia oficial complete secciones 1, 2, y 5 sección 3 es opcional.

## 1 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Escriba el nombre de la persona que esta llenando ésta solicitud (apellido, nombre)

L \_\_\_\_\_

Dirección L \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal

L \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa

L \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo

L \_\_\_\_\_

Cantidad total de personas residentes en el hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de todos en secciones 2 y/o 4 de ésta solicitud)

## BENEFICIOS PUBLICOS

Indique si su familia recibe uno de los siguientes beneficios y el número del caso:

Nombre: \_\_\_\_\_ N° del caso \_\_\_\_\_

- SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) (No se acepta el N° del Oregon Trail Card)  
 TANF (Temporary Assistance to Needy Families) (No se acepta el N° de Employment Related Day Care)  
 FDIPIR (Food Dist. Program on Indian Reservations)  Sí (complete sección 5)

## 2 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

Nombre del niño (apellido, nombre)

Fecha de Nacimiento

Edad

Marque si es un niño de crianza (ver instrucciones)

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)

Por favor, marque la identidad racial y étnica de su niño.

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

Marque una o mas identidad racial, si aplica:

- Americano Nativo / Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Afro Americano

- Hawaiano Nativo / de las Islas del Pacifico  
 Blanco  
 Otro: \_\_\_\_\_

## 4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL

Incluya los nombres de todas las personas que viven en el hogar si no estan mencionados en número 2, a menos que ellos reciben ingresos. (Apellido, nombre)

INGRESO MENSUAL DEL TRABAJO (antes de los deducciones)

MANUTENCION MENSUAL de niños y/o de Esposa/o, Y Asistencia Pública

MENSUAL Seguro Social (cheque verde/dorado), pensiones y jubilación

OTRO INGRESO— Incluye desempleo y compensación de trabajadores

Marque si no hay ingreso

1. L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

2. L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

3. L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

4. L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

## 5 FIRMA, FECHA Y NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

Certifico que toda la información en ésta solicitud es verdadera y correcta y que todo el ingreso es reportado. Entiendo que doy ésta información para recibir fondos federales, que los funcionarios del Estado pueden verificar la información en ésta solicitud, y que si falsifico intencionalmente la información puedo quedar sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha

Número de Seguro Social \*(Ver información de privacidad)

Marque aquí si el firmante no tiene N° de Seguro Social

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes/ día /año

XXX-XX-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**VEA INFORMACION IMPORTANTE EN EL REVERSO**

## CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Sección 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

**Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:**

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran dos veces al mes:** Multiplique por 24 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted hace la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporaria o lista el Programa de Asistencia Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso para su hijo u otro identificador FDPIR del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden para ayudarles a detectar violaciones a la reglas del programas. Podemos compartir su información con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP

## DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para llamadas TTD, llame gratis a USDA al número (800) 877-8339 o al número (866) 377-8642. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos

### SOLO PARA USO OFICIAL - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA FOR OFFICIAL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ELIGIBILITY (check applicable box)	APPROVED
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> HOUSEHOLD INCOME Household size: _____ Total household income: \$ _____ Per <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year <input type="checkbox"/> FOSTER CHILD	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Free TEMPORARY for \$0 Income Temporary Approval for free meals From: _____ To: _____ (maximum 45 days) <input type="checkbox"/> Reduced Price <input type="checkbox"/> Above Scale (application incomplete or income too high)
Signature of Official Determining Eligibility _____	Date _____
<input type="checkbox"/> Double Check _____ (recommended but not required)	

**Umatilla-Morrow Head Start, Inc.**

110 N.E. 4<sup>th</sup> Street  
Hermiston, OR 97838  
(541) 564-6878 · Fax (541) 564-6879  
1-800-559-5878

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Guardián,

Por favor complete, firme y devuélvanos lo mas antes posible la Declaración Confidencial de Ingresos adjunto. Este centro de cuidado participe en un programa del gobierno federal, lo cual permite que sirvamos alimentos y entrecomidas nutritivos y a la vez ayudándole a usted a mantener el costo del cuidado a un precio bajo.

El programa opera con fondos proporcionados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Educación del Estado de Oregon, y se llama el Programa de Alimentos para Niños y Adultos.

Todos los niños matriculados en el centro reciben sus comidas sin costo adicional. Para que podamos mantener nuestros precios bajos y al mismo tiempo brindar un excelente servicio de comida para los niños, necesitamos la información que se pide en la Declaración Confidencial de Ingresos.

**COMO COMPLETAR LA DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS**

Siga las instrucciones en la solicitud.

Por favor complete la solicitud y devuelvala al centro si:

- El participante en el cuidado de niños recibe SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) o beneficios bajo el programa TANF o de FDPIR,

O

- Su ingreso es menor que el indicado en las Guías de Elegibilidad de Ingresos.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Su cooperación es apreciado.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Representante de la Institución

Esta institución es un proveedor que ofrece igual oportunidad a todos.