

## 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 fugado 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

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. No tiene que proporcionar la información pero, si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo/a reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando postula en nombre de un hijo/a de crianza, menciona que recibe ayuda del Programa Complementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés), el número de caso del programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otro programa FDPIR para su hijo/a, o cuando indica que el miembro familiar adulto que firma esta solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos. ES POSIBLE que compartamos su

**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	2.	3.
<b>NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR</b> <small>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</small>	<b>HIJO/A DE CRIANZA</b> <small>Los hijos de crianza son responsabilidad legal de DCFS o el tribunal. Si todos son hijos de crianza, salte a la Sección 6</small>	<b>NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF</b> <small>Salte a la Parte 6 si incluye un número de caso SNAP o TANF. Debe incluir al menos un SNAP/TANF</small>
<small>Edades de los menores en el Centro</small>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

**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 - \_\_\_\_\_  Yo no tengo un Número de Seguro Social.

Número del 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 proporciono. 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      Negro o Afroamericano      Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
 Caucásico      Nativo Americano o de Alaska

**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*

<b>SECCIÓN A</b>	Conversión anual de ingresos semanal X 52    Cada 2 semanas X 26    Dos veces al mes X 24    Una vez al mes X 12	<small>Convertir ingresos solo si es diferente las frecuencias de pago son informadas.</small>
<b>TOTAL INGRESOS \$</b>	Por: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<b>NÚMERO EN EL HOGAR:</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Gratis basado en:</b> <input type="checkbox"/> hijo/a de crianza <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> SNAP/TANF <input type="checkbox"/> fugitivo <input type="checkbox"/> sin hogar <input type="checkbox"/> ingresos del hogar <input type="checkbox"/> Head Start		
<input type="checkbox"/> <b>Reducido con base en:</b> <input type="checkbox"/> ingresos del hogar <input type="checkbox"/> <b>Rechazado - Motivo:</b> <input type="checkbox"/> ingreso demasiado alto <input type="checkbox"/> aplicación incompleta <input type="checkbox"/> SNAP/TANF no calificado		
<b>SECCIÓN B</b>	Firma del oficial que determina: _____	Fecha: _____