

Solicitud de Elegibilidad por Ingresos del Proveedor (Provider Income Eligibility Statement, PIES)

«ProviderFirstName» «ProviderName» «ProviderNumber»

Parte 1 – Hogares que reciben Programa de Asistencia de Alimentos (Food Assistance Program, FAP), Programa de Independencia Familiar (Family Independence Program, FIP), o Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR).

Si algún miembro de su familia recibe FAP (SNAP), FIP (TANF), o FDPIR, escriba el nombre y número de caso de la persona que recibe estos beneficios.

Nombre: _____ Programa (marque): FIP FAP FDPIR Núm. de caso: _____

Parte 2 – Información del Hogar

Nombre y apellidos de todos los miembros del hogar, sean o no parientes	Inscri to/a para que esté bajo su cuidado (x)	Edad	Fecha de nacimiento	Hijo de crian -za temporal (x)	Cantidad de Ingresos por el Trabajo (antes de restar las deducciones)	¿Frecuencia? (x)					Cantidad de Welfare, manutención de hijo, o pensión alimenticia	¿Frecuencia? (x)					Si no hay ingreso marque con una (x)		
						S e m a n a l	B i s e m a n a l	2 M e s e s	M e s e s	A n u a l		S e m a n a l	B i s e m a n a l	2 M e s e s	M e s e s	A n u a l			

Parte 3 – Todos los hogares: Firma y los últimos (4) cuatro dígitos de su Social Security Number de adulto (un adulto del hogar DEBE firmar y escribir la fecha)

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que los fondos federales están basados en la información que he proporcionado. Entiendo que los oficiales del CACFP podrán verificar la información si así lo desean. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas puede perder los beneficios de las comidas, y se me podrá llevar a juicio.

Firma: _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Últimos 4 dígitos Social Security Number: XXX-XX-

No tengo Social Security Number

Para uso exclusivo del patrocinador		CATEGORÍA DE APROBADO						
Total de Miembros en el Hogar:	Total de Ingresos: \$ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Semanal</td> <td><input type="checkbox"/> Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bi-Semanal</td> <td><input type="checkbox"/> Anual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2x Mes</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Bi-Semanal	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> 2x Mes		Categóricamente Elegible: (Nivel I): Foster FIP FAP FDPIR Elegible por Ingresos: Nivel I Nivel II e hijos propios Negado
<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual							
<input type="checkbox"/> Bi-Semanal	<input type="checkbox"/> Anual							
<input type="checkbox"/> 2x Mes								
Firma del Oficial de la Institución:	Fecha de su Aprobación:							

Este formulario está vigente por 12 meses a partir de la fecha de la firma del patrocinador. La fecha de aprobación y la firma del patrocinador son requeridas.

Declaración de No Discriminación

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (1/2016).

Declaración de la Ley de la Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para las comidas gratuitas o de precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (Social Security Number) del adulto miembro del hogar quien firma esta solicitud. El Número de Seguro Social no se requiere cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o usted incluye el número de caso de un participante del Programa de Asistencia Alimentaria (Food Assistance Program, FAP), Programa de Independencia de la Familia (Family Independence Program, FIP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) o algún otro identificador del FDPIR o cuando usted indique que el adulto miembro del hogar quien firma la solicitud no tiene un Social Security Number. Nosotros usaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir las comidas gratuitas o reducidas de precio, y para la administración y observancia del Programa.

