

Nutri Meal Resources

PO Box 36 | Katy TX 77492 | 832.339.6677 | www.nutrimeal.org

Nuevo <input type="checkbox"/>	Actualizar <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------

Formulario de inscripción del participante

Nombre de la Institucion: Nutri Meal Resources

CE ID: 06465

Nombre del Proveedor _____

Site ID: _____

Este centro participa en el Programa de Alimentos para el **Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (CACFP)**. Por favor complete la sección de Padres / Guardianes en este formulario, firme y devuelva a la Instalación / Centro arriba. **Proporcionar información para un participante por sección.**

Participantes Nombre de pila	Participantes Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha de inscripción	Fecha de retiro	Sex: M ___ F ___
Horas normales/típicas de cuidado: _____ AM to _____ PM			Alergias a los alimentos: YES NO En caso afirmativo, por favor especifique:		
Días normales / típicos de cuidado (circule todo lo que corresponda)	M T W TH F Sat Sun	Comidas Servidas (circule todo lo que corresponda) BF AM Snack Lunch PM Snack Supper EV Snack			
Identidad étnica del participante		Hispanic or Latino		Not Hispanic or Latino	
Raza de participante (elige uno o más):		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico		<input type="checkbox"/> Negro O Afro-Americano	
		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla Del Pacifico	

Si el participante es un bebé (0 - 11 meses), complete esta casilla, marque todas las opciones aplicables a continuación:

Este centro ofrece la fórmula _____ para bebés a través de CACFP. Usted decide si desea o no usar esta fórmula necesidades según las de su bebé. La participación en este programa requiere que los centros sigan patrones específicos de comidas según la edad del bebé.		
Por favor marque su preferencia (elige todos los que apliquen)	<u>El día de hoy</u> <u>Nacimiento - 5 meses</u>	<u>El día de hoy</u> <u>6 – 11 meses</u>
Traeré pecho expresado leche para mi bebé:		
Quiero que el centro provea el Fórmula infantil para mi bebé.		
Traeré la fórmula infantil para mi infante Es la siguiente marca:		
De acuerdo con los requisitos de CACFP, para poder reclamar comidas para reembolso, el centro debe proporcionar cereales para bebés y otros alimentos cuando su bebé esté en desarrollo listo para aceptarlos.	Por favor marque su preferencia	<u>El día de hoy</u> <u>6 – 11 meses</u>
	Quiero que el centro provea el Cereales infantiles y otros alimentos para mi bebé.	
	Traeré el cereal infantil y / o otros alimentos para mi bebe	

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta hoja es verdadera y correcta a mi leal saber y entender . **También certifico que me entregaron el formulario de Elegibilidad de ingresos de beneficios de comida de CACFP, una carta a la familia, información de WIC, folletos de Building for the Future.**

Nombre del padre / tutor: _____

Teléfono# _____

Trabajo# _____

Dirección : _____

Ciudad: _____

Codigo Postal: _____

Firma del Padre / Tutor : _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes_	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ _ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica:

- hispano o latino
 No hispano ni latino

Anote una o más identidades raciales:

- Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
 Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico
 Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ____ Reducida ____ Negada ____ Nivel I ____ Nivel II ____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____