OMER Roster Number _____

2025- 2026 DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS – Child Care Centers/Family Day Care Providers

INSTRUCCIONES

- Si recibe SNAP, TANF o FDPIR complete secciónes 1-3, y 5; sección 6 es opcional.
- Si su ingreso es menor que lol que aparece en las guías de ingresos, complete secciones 1, 2, 4, y 5; sección 6 es opcional.
- Si se aplica a sólo un niño de FOSTER, completar partes 1, 2, y 5; sección 6 es opcional.

Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

1 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (Los nombres de sus hijos matriculados en el cuidado de los niños)

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

_____

Impresión de nombre

_____

Dirección

_____

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de Casa

_____

Teléfono del Trabajo

_____

Cantidad total de personas residentes en el hogar _____

(Escriba los nombres de todos en secciones 2 y/o 4 de ésta solicitud)

2 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS (Nombres de los niños que asisten a la guardaria)

	Nombre del niño (apellido, nombre)	Fecha de Nacimiento	Edad	Marque si es un niño de crianza (ver instrucciones)
1.	_____	_____	_____	☐
2.	_____	_____	_____	☐
3.	_____	_____	_____	☐

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

Nombre:_____ № del caso_____

☐ SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) (*No se acepta el* № *del Oregon Trail Card*)

☐ TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) (*No se acepta el* № *de Employment Related Day Care)*

☐ FDPIR (distribución de alimentos en las reservas indias)

4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL - Si no ver mensualmente, para conversiones

Columna 1 Incluya los nombres **de <u>todas</u>** las personas que viven en el hogar si no estan mencionados en número 2, a menos que ellos reciben ingresos. (*Apellido, nombre*)	Columna 2 INGRESO MENSUAL DEL TRABAJO (antes de los deducciones)	Columna 3 MANUTENCION MENSUAL de niños y/o de Esposa/o, Y Asistencia Pública	Columna 4 MENSUAL Seguro Social (cheque verde/dorado), pensiones y jubilación	Columna 5 OTRO INGRESO– Incluye desempleo y compensación de trabajadores	Columna 6 Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	❑
2. _____	_____	_____	_____	_____	❑
3. _____	_____	_____	_____	_____	❑
4. _____	_____	_____	_____	_____	❑
5. _____	_____	_____	_____	_____	❑
6. _____	_____	_____	_____	_____	❑
7. _____	_____	_____	_____	_____	❑

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 miermbro adulto del hogar

X_____

Fecha

_____
Mes/ día /año

Número de Seguro Social *(Ver información de privacidad)

XXX-XX-_ _ _ _

☐ **No tengo un número de Seguridad Social**

6 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)

<u>Marque una identidad éthnica:</u>

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

<u>Marque una o mas identidad racial, si aplica:</u>

☐ Asiático

☐ Americano Nativo / Nativo de Alaska

☐ Hawaiiano Nativo / de las Islas del Pacifico

☐ Negro o Afro Americano

☐ Blanco

☐ Otro:_____

SPONSOR USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income:_____ Number in Household:_____

<u>Centers</u>

Eligibility : ☐Free ☐Reduced Price ☐Above Scale

<u>FDCH</u>

☐Tier 1 ☐Tier 2

Eligibility based on : ☐SNAP ☐TANF ☐ FDPIR ☐Household Income ☐ Foster Child

Notes: _____

_____

Determining Official's Signature :_____ Date_____ _____

2nd Check (initial): _____ Date: _____

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.

Sin hogar, migrantes y jóvenes fugitivos son categóricamente elegibles para comidas gratuitas.

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.

Miembros del hogar que son los trabajadores estacionales o trabajan menos de 12 meses: tasa anual proyecto de ingresos con precisión representan circunstancias reales y luego dividir por 12. La cantidad resultante es el ingreso mensual proyectado.

DIRECTRICES FEDERALES DE INGRESOS

Tus hijos podrán acogerse al menos para las comidas de precio reducido si los ingresos de los hogares cae dentro de los límites del gráfico.

	Comidas de precio reducido				
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
-1-	28,953	2,413	1,207	1,114	557
-2-	39,128	3,261	1,631	1,505	753
-3-	49,303	4,109	2,055	1,897	949
-4-	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
-5-	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
-6-	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
-7-	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
-8-	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
Para cada miembro de la familia adicional añadir	10,175	848	424	392	196

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRA INFORMACIÓN

Richard B. Russell escuela almuerzo ley nacional requiere la información sobre esta aplicación. No tienes que dar la información pero si no lo hace, no puede aprobar a su hijo gratis o reducido las comidas de precio. Debe incluir los últimos 4 dígitos del número de seguridad social de los adulto miembro del hogar quien firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguridad social no es necesaria cuando se aplica en nombre de un niño adoptivo o se lista un suplementario nutrición asistencia programa (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa caso número o programa de distribución de alimentos de identificador de reservaciones indias (FDPIR) para su hijo o cuando usted indica que el miembro del hogar adultos firmar la aplicación no tiene un número de seguridad social. Utilizamos su información para determinar si su hijo es elegible gratis o reducido las comidas de precio y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Podemos compartir su información de elegibilidad con educación, salud y programas de nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; Auditores para programa de exámenes; y la ley de funcionarios policiales para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa. Podemos compartir la información en este formulario con Medicaid o el programa de seguro de salud (SCHIP infantiles estado), a menos que no nos dices. La información, si divulgada, sólo se utilizará para identificar a los niños elegibles y pretenden inscribirse en Medicaid o SCHIP.

DECLARACIÓN 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, https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf 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