



Uso para oficina solamente:

Nombre: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Fecha: _____

A/D Cuido (non-B/A) Campamento

**LATIN AMERICAN COMMUNITY CENTER
DESARROLLO JUVENIL
LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

El paquete debe tener todos los formularios completos para que el niño inicie el programa:

- ___ 1 Formulario de Admisión para la Agencia
- ___ 2 Tarjeta de Información del niño
- ___ 3 Formulario: Todo acerca de su niño
- ___ 4 Consentimiento de los padres para divulgar información
- ___ 5 Contrato de Padres – Año escolar y Campamento de Verano
- ___ 6 Autorización de fotografía y video
- ___ 7 Firmas de reconocimiento y permisos del Centro de niños
- ___ 8 Declaración de No Discriminación (CACFP)
- ___ 9 Formulario de elegibilidad de ingreso (IEF)
- ___ 10 Códigos de conductas para uso de transportación y computadora
- ___ 11 Permiso de Transportación - LACC
- ___ 12 Reconocimiento del manual para padres

Traer la siguiente información - debe ser atado con la aplicación de Inscripción:

- ___ 1 Autorización para Cuido de Niños - P.O.C. (Si aplica, proveer número de caso)
La elegibilidad para POC: Los padres deben trabajar o estar matriculado en la escuela. No es necesario revelar Número de Seguro Social a los Servicios Sociales.
ID del lugar: B/A – 1710306500
- ___ 2 Pago Privado (Debe pagar una semana antes del comienzo)
- ___ 3 Prueba de Dirección (Comprobante de electricidad, gas o casa)
- ___ 4 Plan o seguro médico
- ___ 5 Evaluación de Salud del Niño -
Debe estar dentro de 1 año de matriculación
Debe ser completado a los 5 años de edad para el Kínder
- ___ 6 Los registros actuales de vacunas
- ___ 7 IEP – Plan de Educación individualizada (Si aplica)
- ___ 8 \$25- Registración para Campamento de verano, camisa y viaje incluidos. (No es reembolsable)
- ___ 9 Tamaño de camisa _____ (Campamento)

Dar a los padres en la inscripción

- ___ 1 Manuales para padres y Política de Disciplina
- ___ 2 Calendario

Firma de empleado registrando: _____

Fecha de Ingreso: _____



CENTRO LATINO AMERICANO

FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA CLIENTES

Nombre del Padre o Encargado/Guardián _____

Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Prueba de Dirección _____ (Copia de prueba & conecta)

Número de Teléfono -Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre del Niño(a): _____

Escuela: _____ Grado: _____

Tiempo Medio o Completo _____ Fecha para comenzar _____

Programa de Inscripción: _____ Antes y Después _____ Antes _____ Después _____ Campamento de Verano

Método de Pago: _____ Privado _____ P.O.C (Asistencia para el cuidado de niño de la División de Servicio Sociales)

Total, de miembros en el hogar incluyendo el cliente Cantidad de Niños: Cantidad de Adultos:

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación al Cliente	Nombre de Empleo o Escuela

Seguro Médico: _____ Número de Identificación: _____ Nombre de Suscriptor _____

Ingreso Anual: _____

Ingreso/Asistencia

Salario _____	Estampillas de Comida _____	Beneficios de Veterano _____
Seguro Social _____	Desempleo _____	TANF _____
Asistencia Médica _____	Pensión de Menores _____	Otro _____
WIC _____	Asistencia con Renta _____	

¿Le podemos contactar en el futuro para completar una encuesta con respecto a nuestros servicios? SI NO

Para Referidos:

Al proporcionar la información en este formulario nos permite brindarle un mejor servicio para hacer representación en su nombre a servicios públicos o privados disponibles para satisfacer sus necesidades. La información en este formulario se compartirá durante un año con otras agencias a las que se lo derivará para recibir servicios. La participación es voluntaria. Tiene la opción de solicitar un programa asistiendo directamente a cada agencia. Debe completar formularios y proporcionar la información necesaria para confirmar la elegibilidad según sea requerido. La participación o no participación no afectará sus derechos, beneficios o privilegios. Si en algún momento decide prohibir el intercambio de esta información con otras agencias públicas o privadas, debe entregar una solicitud por escrito a la agencia en persona.

Entiendo completamente lo que he leído y lo que me han explicado.

¿Cómo te enteraste del Centro Latino (Nuestros servicios)?

_____ Estoy de acuerdo de que esta información sea compartida.

¿Desea recibir mensajes sobre eventos y servicios de LACC que puedan beneficiarle? Sí No

_____ Yo prefiero no compartir esta información.

Firma y fecha del padre o encargado _____

Firma y fecha de empleado registrando _____

TODO ACERCA DE SU NIÑO

Esta información se proveerá al maestro después de la escuela de su hijo para ayudarlo a comprender mejor las necesidades y la personalidad de su hijo.

Fecha: _____ Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Color favorito: _____

¿Qué cosas le gustan a su niño?

¿Qué cosas le disgustan a su hijo?

¿Tiene su hijo alguna preferencia dietética?

¿Cuál es el idioma preferido de su hijo?

¿Qué idioma se habla en casa?

¿Tiene su hijo alguna información especial? (Por favor marcar con un círculo y especificar según sea necesario):

Alergias/Asma Por favor específica:

Invalidez Por favor específica:

IEP (Individual Educational Plan)

IFSP (Individual Family Service Plan)

IHP (Individual Health Plan)

ITP (Individual Transition Plan)

504 Plan

Otros Por favor específica:

¿Tiene alguna tradición cultural o familiar que le gustaría compartir con el maestro de su hijo?

¿Hay algo más que le gustaría que el maestro de su hijo sepa para este año escolar?



LATIN AMERICAN COMMUNITY CENTER
CONSENT TO RELEASE INFORMATION
PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Student's Name
(Nombre del estudiante)

Child's Date of Birth
(Fecha de Nacimiento)

Name of School
(Nombre de la Escuela)

Grade
(Grado)

Today's Date
(Fecha de Hoy)

<p>I authorize the LACC staff to request and review my child's school records such as Report Cards and IEP (Individual Education Plan) in order to coordinate tutoring services for my child. IF deemed necessary, I give the LACC staff permission to request his/her health records solely when special needs are identified. I authorize the release of information deemed necessary for my child's educational planning in coordination with the LACC Learning Center.</p>	<p>Yo autorizo a los empleados del centro Latinoamericano para que tengan acceso y revisen los archivos y documentos escolares de mi hijo/a como las Calificaciones y Plan de educación individual (IEP) con fin de planificar su tutoría dentro del programa. Yo les autorizo para que también puedan compartir cualquier información que requiera servicios especiales para la educación de mi hijo/a.</p>
--	--

Firma y fecha del padre o tutor legal _____



CENTRO LATINO AMERICANO

CONTRATO DE PADRES PARA EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO INFANTIL
PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA Y CAMPAMENTO DE VERANO

Este contrato es entre LACC y _____
(Nombre del padre o tutor legal)

Padre /Encargado de _____
(Nombre del niño)

Favor de Leer y poner sus iniciales en lo siguiente:

- ___ Entiendo que una evaluación de la salud infantil actual (completada por un médico), y los registros de vacunación (incluyendo una prueba de detección de plomo) deben ser traídos al momento de inscripción, y que el LACC no prestará servicios a mi hijo sin estas formas.
- ___ Me comprometo a actualizar la información de contacto de emergencia y recoger formulario de autorización cuando se producen cambios.
- ___ Entiendo que mi pago matrícula se debe ser pagada el viernes antes de cada semana.
- ___ Entiendo que repetidos atrasos en los pagos será causa de suspensión y destitución del programa de desarrollo juvenil.
- ___ No se harán deducciones de la matrícula cuando mi hijo está ausente o de vacaciones.
- ___ Entiendo que debo dejar a mi hijo por las mañanas entre 6:45am - 8:00am, y que tengo que firmar mi hijo al entrar del programa en la recepción todos los días.
- ___ Entiendo que tengo que recoger a mi hijo a más tardar a las 6:00 pm en el año escolar y 5:30 pm cuando las escuelas están cerradas y durante el campamento de verano. Debo firmar todas las tardes en recepción.
- ___ Entiendo que cuando ocurre tardanzas sin notificación, el personal del Centro Latino Americano atentara de llamar al padre o tutor. Si nadie está disponible, intentaremos llamar a las personas adicionales en caso de emergencia (favor de referirse a la página 14 en el manual de padres).
- ___ Entiendo que después de cuatro (4) ocurrencias tardes el niño tendrá un día (1) de suspensión y no habrá deducciones ni reembolso.
- ___ Entiendo que debo notificar al LACC de la ausencia de mi hijo del programa o cuando el niño está enfermo.
- ___ Si su niño está ausente por más de cinco (5) días consecutivos en un mes su hijo podría perder su lugar en el programa, a menos que LACC sea notificado previamente.
- ___ Zapatillas o zapatos cerrados y calcetines deben ser usados durante todo el tiempo. Las sandalias abiertas o chancletas no son permitidas.
- ___ Entiendo que el LACC no se hace responsable por objetos perdidos, juguetes y mochilas.
- ___ Entiendo que el uso de teléfonos celulares, iPads, tabletas o cualquier otro dispositivo electrónico por parte de los estudiantes durante las horas del programa está prohibido. La primera vez que se encuentre a un estudiante utilizando un dispositivo electrónico, se lo quitarán y solo se devolverá al padre / tutor. La segunda vez, el estudiante recibirá una suspensión de un día del programa.
- ___ Entiendo que el incidente recurrente de comportamiento no será tolerado y puede ser motivo para la destitución de mi hijo del programa.
- ___ Entiendo que el incumplimiento de las políticas del LACC y los procedimientos pueden resultar en la terminación de mi contrato.
- ___ He recibido, leído y entendido las políticas en el Manual para Padres y la Política de las directrices de Disciplina.

Firma y fecha del padre o tutor legal _____

Firma y fecha de empleado del Desarrollo de Juventud _____

LATIN AMERICAN COMMUNITY CENTER
PHOTO & VIDEO RELEASE FORM
AUTORIZACIÓN DE FOTO Y VIDEO



Latin American Community Center
403 N. Van Buren Street
Wilmington, Delaware 19805

Permission to Use Photograph/ Permiso para tomar fotografías y videos:

I hereby grant the Latin American Community Center (LACC), its representatives and employees the right to take photographs or video footage of my child enrolled in one or more of the LACC's youth programs (Before & After Care, Summer Camp, etc.) as well as those agencies that currently collaborate with the LACC by offering enrichment programs within our programs, solely for the purpose of promoting and marketing the agency and its programs.

I authorize the LACC (and its collaborating agencies/programs) to copyright, use and publish the same in print and/or electronically. I agree that Latin American Community Center may use such photographs/videos of my child, _____ for any lawful and professional purpose, including for example such purposes as publicity, illustration, advertising, and Web content.

Yo otorgo al Centro Latinoamericano, LACC por sus siglas en inglés, sus representantes y empleados el derecho de tomar fotografías o video de mi(s) hijos(as) matriculado(s) en uno o más programas juveniles, con el único propósito de la promoción y comercialización de la agencia y sus programas; al igual los programas ofrecidos en nuestra agencia (LACC) por otras organizaciones que colaboran con el Centro Latinoamericano.

Yo autorizo al Centro Latinoamericano copiar o publicar en forma impresa y/o electrónica. Estoy de acuerdo que el Centro Latinoamericano (y sus colaboradores de otras agencias/programas) puede utilizar tales fotografías o videos de mi hijo(o), _____ para cualquier propósito profesional y legal, incluyendo por ejemplo la publicidad, ilustración y contenido del WEB.

He leído y entendido:

Nombre de padre o tutor legal:

Firma y fecha del padre o tutor legal: _____

RECONOCIMIENTO Y PERMISO DEL NIÑO CENTRAL

PADRES DERECHO A CONOCER AVISO

Bajo el código de Delaware tiene derecho a inspeccionar el registro activo y los archivos de queja de cualquier instalación de cuidado infantil con licencia. Para revisar un registro de instalación de cuidado infantil, comuníquese con la Oficina de Licencias de cuidado de niños en 3411 Silverside Road, Concord Plaza | Hagley Building, Wilmington, Delaware 19810-4803.

También puede ver las quejas justificadas y los historiales de revisión de cumplimiento de los últimos tres años visitando <http://www.apex01.kids.delaware.gov:7777/occl/>.

Firma de padre o tutor legal

Fecha

PERMISO DE PERMISO DE PANTALLA

Los niños mayores de dos años pueden tener un video educativo, una película o un juego incorporado en su plan de estudios. Estos pueden verse en una televisión, computadora, tableta o dispositivo de juego. Estos serán adecuados para la edad y se limitarán a una hora por día a menos que ocurra una ocasión o actividad especial. Los niños serán supervisados de cerca mientras usan Internet.

Firma de padre o tutor legal

Fecha

RECIBO DEL MANUAL PARA PADRES

Certifico que he recibido información sobre las políticas del centro en los siguientes temas: un horario diario típico, técnicas de manejo del comportamiento positivo, atención médica de rutina y de emergencia, exclusiones de salud y prevención de enfermedades transmisibles, alimentación y nutrición, procedimientos para la liberación de niños, informes de accidentes, lesiones o incidentes críticos, informes obligatorios de abuso y negligencia infantil, administración de procedimientos de medicamentos, no discriminación, objetivos de desarrollo y educación, quejas y transporte, si se proporcionan.

Firma de padre o tutor legal

Fecha

PERMISO DE TRANSPORTE

Doy permiso para que mi hijo sea transportado por El Centro Comunitario Latinoamericano.

Enumere cualquier necesidad especial o problema que requiera atención especial durante el transporte e instrucciones sobre cómo manejar la necesidad o el problema especial. Esta información se llevará el operador de vehículo nombrado.

Firma de padre o tutor legal

Fecha

USDA 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.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Firma y fecha del padre o tutor legal _____



LATIN AMERICAN COMMUNITY CENTER

CODIGO DE CONDUCTAS

Este contrato de comportamiento es para _____
Nombre de estudiante

Contrato de comportamiento en el autobús escolar del Centro Latino (LACC)

Se requiere que todos los niños demuestren las siguientes reglas del autobús para su seguridad:

Escuchar al conductor del autobús y su ayudante. Mantenerse sentado (Mochilas encima de las piernas). No comer, beber o fumar dentro del autobús. No empujar, pelear, ni juegos de manos.	Mantener todas las partes del cuerpo dentro del autobús. Hablar en voz baja. (No gritar o hablar alto). No tirar objetos dentro ni fuera del autobús, No ensuciar o dañar los contenidos del autobús. No molestar ni usar vocabularios inapropiados.
--	--

De no seguir estas reglas puede resultar en una posible terminación o suspensión del programa como está escrito en el Manual de Padres página 6.

***NOTA:** Durante el año escolar, el tiempo que los niños estén suspendidos del autobús, los padres serán responsables de llevar al niño en la mañana y en la tarde.

Contrato para el uso de las Computadoras

El uso de la internet es para actividades y juegos educacionales y recreacionales. Los niños solo podrán visitar los sitios que le Centro Latino les permite. Los niños pueden perder sus derechos de usar la internet si no siguen las siguientes reglas:

Violaciones Menores NO chatear or mensajes instantaneos. NO música (incluyendo MTV, YouTube, etc.) NO lugares sociables como Facebook, Instagram Twitter entre otros.	Violaciones Mayores NO juegos violentos (peleas, as alto, violencia, explosivos, armas... etc.) NO hablar malo ni o usar lenguaje obsceno en los correos electrónico. NO tocar los cables encima ni debajo de la mesa.
---	--

Los abajo firmantes hemos discutido este contrato de comportamiento y entendemos las consecuencias de no seguir las reglas.

Firma y fecha del Padre o Tutor Legal: _____

Firma y fecha del Registrante: _____



TRANSPORTATION AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

Student Name/Nombre del estudiante _____
Last/APELLIDO *First/NOMBRE* *Middle/In.*

School/Escuela _____ Grade/Grado _____

Home Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ Zip Code/Código postal _____

Home phone number/Número de teléfono de hogar _____

Work phone number/Número de teléfono del trabajo _____

Emergency Contact/Contacto de Emergencia _____

Emergency Contact's phone number/ Número de teléfono para el contacto de Emergencia _____

Provider/Proveedor: **Latin American Community Center**
403 N. Van Buren Street
Wilmington DE, 19805
(302) 655-7338

Padre o Tutor Legal _____

Firma y fecha _____



LATIN AMERICAN COMMUNITY CENTER
PARENT'S HANDBOOK ACKNOWLEDGEMENT FORM
RECONOCIMIENTO DEL MANUAL DE PADRES

Child Name/Nombre del Niño: _____

Parent Name/Nombre del Padre: _____

By signing below, I acknowledge receipt of the Latin American Community Center's Lifelong Learning Parent handbook. It is my responsibility to read the handbook and understand its contents. Any questions should be directed to Lifelong Learning staff.

Firmando abajo, yo reconozco que recibí una copia del Manual Para Padres del Centro Latino para los programas de Lifelong Learning. Es mi responsabilidad de leer y entender el manual. Cualquier pregunta debe ser dirigida al personal de Lifelong Learning.

Firma y fecha

CHILD INFORMATION CARD

State of Delaware Department of Services for Children, Youth, and Their Families

Child's Information			
Child's name: Nombre del niño	Date of birth: Fecha de nacimiento:	Date of enrollment: Fecha de inscripción	Date of discharge: Fecha de baja:
Child's address: Dirección:		Hours and days child is scheduled to attend: Horario y días:	
Parent/Guardian Information (1) Información de padre/guardián		Parent/Guardian Information (2) Información de padre/guardián	
Name: Nombre:		Name: Nombre	
Address, if different from child's: Dirección, si es diferente		Address, if different from child's: Dirección si es diferente	
Home phone: Tel. de Hogar	Cell phone: Tel. Mobil	Home phone: Tel. hogar	Cell phone: Tel. Mobil
Work phone: Tel. Trabajo	Hours of employment: Horario de trabajo	Work phone: Tel. Trabajo	Hours of employment: Horario de trabajo
Employer name and address: Nombre y dirección de trabajo:		Employer name and address: Nombre y dirección de trabajo	
Additional Emergency Contacts and People Authorized to Pick-up Child Personas adicionales autorizadas para recoger al			
Name: Nombre	Address: Dirección		Phone: Teléfono
Name: Nombre	Address: Dirección		Phone: Teléfono
Name: Nombre	Address: Dirección		Phone: Teléfono

Emergency Medical Care /Cuidado Medico

I, _____, the parent (or legal guardian) of _____, who is my minor child, hereby authorize emergency medical treatment for my child in the event I cannot be contacted to give permission to treat. I understand I will be financially responsible for the cost of such treatment.

Transportation/ Transportación

I, _____, the parent (or legal guardian) of _____, who is my minor child, hereby give permission for my child to be transported by the center.

Yo autorizo a que mi niño, quien es un menor, ser transportado por el Centro.

Signature and date of parent/guardián

Firma y fecha del padre / Tutor

Medical Information Información Médica	
Name of child's physician: Nombre del doctor:	Office phone: Teléfono de oficina del doctor
Special medical information, medications, allergies, diet: Información médica: medicamentos, alergias, heridas, dietas:	Health insurance identification information: Información de seguro médico

The above information is necessary for your child's protection and this facility is required to have it. Keep this information current.

La información es necesaria para la protección del niño y es requerido obtenerla en esta instalación.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

PARTE 1 (Completar una solicitud por hogar. Por favor usar voligrafo, no lapiz.)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related." Children in Foster care and children who meet the definition of Homeless, Migrant or Runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced Price School Meals for more information.					Etnia Hispano o Latino?		Raza (Elegir uno)						
	Primer nombre del niño	IN	Apellidos del niño	Fecha de nacimiento	Si	No	Nativo de Alaska y Indio Americano	Asiatico	Afroamericano	Nativo de Hawai u otras islas del pacifico	Blanco	niño adoptado	Indigente
					<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2 - ENROLLMENT

Fecha de inicio:	Hora de inicio:	AM/PM	Hora de salida:	AM/PM	Por turno:	SI/NO			
Durante la semana el participante(s) está bajo cuidado los días									
			Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Comidas consumidas en el centro: (marque en un circulo la opción que corresponde. CACFP proporciona un reembolso por hasta dos comidas aprobadas y una cena diaria por participante.):									
Desayuno	AM Merienda	Almuerzo	PM Merienda	Cena	PM Meriendas				

PARTE 3 INGRESOS DEL HOGAR

Participa algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP or TANF? Marcar: SI / No

Si su respuesta es NO – Complete la parte 3. Si su respuesta es SI – Escriba un número de caso, luego vaya al paso 4

(Escriba el número de caso en este espacio)

A. Ingresos del niño Algunas veces los niños en el hogar obtienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES ganados por todos los miembros del hogar infantil que figuran en la PARTE 1 aquí.	Ingresos infantiles	Con qué frecuencia?			
\$	Semanal	Quincenal	2 Veces al mes	Mensual	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)
Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuren en el PASO 1 (Incluido usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar mencionado, si reciben ingresos, informe el ingreso total de cada Fuente en dólares enteras solamente. Si no reciben de ninguna Fuente, escribe "0". Si ingresa "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando que no hay ingresos para informar.

Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias del trabajo (Antes de las deducciones)	Con qué frecuencia?				Asistencia pública/Manutención de los hijos/ Pensión alimenticia	Con qué frecuencia?				Pensiones/ SSI/ Jubilación Todos los demás ingresos	Con qué frecuencia?			
		semanal	quincenal	2 veces al Mes	Mensual		semanal	quincenal	2 veces al Mes	Mensual		semanal	quincenal	2 veces al Mes	Mensual
1	\$	<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"/>
2	\$	<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"/>
3	\$	<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"/>
4	\$	<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"/>
5	\$	<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"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)	Últimos cuatro dígitos de Seguro Social (SSN) del asalariado primario u otro adulto del hogar * * * - * * - _____	Marcar si NO Tiene SSN <input type="checkbox"/>
--	---	---

PARTE 4 INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Un miembro adulto del hogar debe poner **fecha y firma** en este formulario antes de que pueda ser aprobado.
 "Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono y Correo electrónico
Nombre completo	Firma			Fecha de hoy

SOLO PARA EL USO DEL PATROCINADOR:

Categoría elegible (Si su respuesta es Si, Elige uno): <input type="checkbox"/> SNAP (Food Stamp) Household <input type="checkbox"/> TANF Household <input type="checkbox"/> Head-Start <input type="checkbox"/> ECAP <input type="checkbox"/> Foster Child(ren) <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway Participant(s)	FECHA RECIENTE: _____
---	------------------------------

Total de ingresos familiares: _____ Tamaño de la familia: _____ (Incluye todos los integrantes de la familia)

Conversión de ingresos anuales: **Semanal x 52; Every Quincenal x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12**

ELEGIBLE – Según la información proporcionada esta aplicación será:

Aprobado totalmente Aprobado parcialmente Denegado – Las comidas serán reclamadas en la categoría pagada.

Determinación de la firma oficial: _____ Fecha de revisión: _____

Instrucciones para completar el

