



# Child and Adult Care Food Program INCOME ELIGIBILITY APPLICATION

\_\_\_\_\_, assures the New Mexico Children, Youth and Families Department, Prevention and Intervention  
*Center*  
Division, Child and Adult Care Food Program, that all enrolled participants in attendance will be offered the same meals without physical segregation of, or other discriminatory action against, any child or adult participant on the basis of race, color, national origin, gender, age or disability. This policy applies to all centers included in the Child and Adult Care Food Program Agreement. Persons with disabilities who require alternative means for communication of program information (Braille, large print, audiotape, etc.) should contact USDA's TARGET center at (202) 720-26600 (voice and TDD).

To File a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> and Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

**INSTRUCTIONS:** To apply for free and reduced-price meals for participants, please fill out this form and return to the Sponsor's office.

**Child Care Centers:** To apply for FREE meals - If you are a Food Stamp recipient or on the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), fill in your child's name, age, Food Stamp or FDPIR case number and sign the form. Do not complete entire application.

**\*Adult Day Care:** To apply for FREE meals - If enrolled participant is in a Food Stamp household or receives Supplemental Security Income or Medicaid, complete name, Food Stamp, SSI, and/or Medicaid case number and sign the form. DO NOT complete income information.

PLEASE INDICATE NAMES, AND AGES OF CHILDREN OR ADULT PARTICIPANTS FOR WHOM APPLICATION IS MADE

Name	Age	Name	Age
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

Food Stamp case number \_\_\_\_\_ \*Adult Day Care Only: \* Medicaid Number \_\_\_\_\_  
 FDPIR case number \_\_\_\_\_ \* SSI Number \_\_\_\_\_

**Foster Child:** If this is a foster child check here [ ] and write the child's "personal use" income and how often it is received: \$ \_\_\_\_\_ /

### ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS

List all related or unrelated persons who live in your household. (DO NOT include children/participants listed above.)

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

Total Number in household: \_\_\_\_\_

### HOUSEHOLD INCOME

Please indicate source and amount of current income for all members of your household. Please follow the definition of income specified in the standards for determining free and reduced price eligibility in your parent letter. If you receive more than one check from any of these sources, please indicate the **total monthly amount** received.

Wages, salary _____	Child Support (Alimony) _____	Social Security _____
Pension or Retirement _____	Unemployment _____	Other Income _____

Total Monthly Income \_\_\_\_\_ (MONTHLY INCOME CONVERSION: Weekly x 4.33, Every two (2) weeks x 2.15, Twice a month x 2)

**PENALTIES FOR MISREPRESENTATION:** I certify that all the above information is true and correct and that the food stamp or FDPIR number is correct or that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that institution officials may verify the information on the statement and the deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Adult Family Member*

\_\_\_\_\_  
*Social Security Number*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Section 9 of the National School Lunch Act requires that, unless the participant's food stamp or FDPIR number is provided, you must include the social security number of the household member signing the statement or an indication that the household member signing the statement does not possess a social security number. Provision of a social security number is not mandatory, but if a social security number is not provided or an indication is not made that the adult household member signing the statement does not have one, the statement cannot be approved. The social security number may be used to identify the household member in carrying out efforts to verify the correctness of information on the statement. These verification efforts may be carried out through program reviews, audits and investigations and may include contacting employers to determine income, contacting a food stamp or FDPIR office to determine current certification for receipt of food stamps or FDPIR benefits, contacting the State employment security office to determine the amount of benefits received and checking the documentation produced by the household member to verify the amount of income received. These efforts may result in a loss or reduction of benefits, administrative claims, or legal action if incorrect information is reported.

### FOR SPONSOR USE ONLY

<input type="checkbox"/> Day Care Center/Head Start:	<input type="checkbox"/> APPROVED FREE	<input type="checkbox"/> APPROVED REDUCED	<input type="checkbox"/> INELIGIBLE
<input type="checkbox"/> Adult Day Care Center:			

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Date Disenrolled*

\_\_\_\_\_  
*Sponsor Organization*

\_\_\_\_\_  
*Approving Sponsor Official*



## Programa de Alimentación para Niños y Adultos DECLARACION DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS

\_\_\_\_\_, le asegura al Departamento de Niños, Juventud, y Familias. A la División de Centro Prevención y Intervención y al programa de Alimentos en el Cuidado de Niños y Adultos, que a todos los participantes registrados y en asistencia se les ofrecerán los mismos alimentos sin segregación física u otra forma de discriminación contra ningún participante, ya sea niño o adulto, por motivo de raza, color, edad, origen nacional, sexo, or impedimento. Esta norma se aplica en todos los centros que funcionan bajo el Acuerdo del Programa de Alimentos en el Cuidado de Niño y Adultos. Las personas con incapacidades que requieren medios alternativos para la comunicación de información de el programa (Braille, la impresión grande, audiotape, etc.) debe avisar el centro de USDA TARGET en (202) 720-26600 (voice and TDD).

Para presentar una queja de discriminación, escribir a la Oficina de Derechos Civiles: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> and Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA es un proveedor y empleador de una oportunidad igual.

**INSTRUCCIONES:** Para pedir comida gratuitas o a precio reducido a participantes, llene este formulario y devuélvalo a la oficina patrocinadora.

**Centros Cuidando de Niños:** Para pedir comidas gratuitas - Si usted recibe estampillas de alimentación, o si recibe ayuda de el programa de la distribución de alimentos en reservaciones de indios (FDPIR), anote los nombres de los niños, sus edades, sus números de seguro social, números de registro de las estampillas de alimentación o de FDPIR y firme la declaración. **No llene todo el formulario.**

**\*Cuidado Diario de Adultos:** Para pedir comidas gratuitas - si el individuo es de un hogar que recibe estampillas de alimentación, o si recibe ingreso suplemental de seguro social, o medicaid, anote completo el nombre del adulto, números de registro de estampillas de alimentación, SSI, o de Medicaid, y firme el formulario. **No llene datos sobre ingreso.**

**PO. FAVOR ANOTAR LOS NOMBRES, Y LAS EDADES DE LOS PARTICIPANTES, YA SEAN NIÑOS O ADULTOS, PARA QUIENES SE HACE EL PEDIDO.**

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

Número de estampillas de alimentación \_\_\_\_\_ \* **Solamente Para Cuidado** \* Número de Medicaid \_\_\_\_\_  
 Número de FDPIR \_\_\_\_\_ **Diario de Adultos** \* Número de SSI \_\_\_\_\_

**Cuidado Adoptivo (Foster):**

Si este niño es adoptivo marce aquí [ ] y escriba aquí los ingresos "uso personal" del niño y con qué frecuencia los recibe: \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Liste los nombres de todos los miembros de su familia censal. (NO SE INCLUYAN los que se anotaron arriba.)

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

Número total de su familia: \_\_\_\_\_

**INGRESO DE HOGAR**

Por favor indicar la fuente y cantidad del ingreso corriente de todos los miembros de su familia. Debe usar la definición de ingreso según las normas para determinar elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido descritas en la carta a los padres. Si recibe más de un cheque de cualquier fuente, **indique la cantidad total recibida mensual.**

Sueldo y Salario _____	Manutención de los hijos (Alimony) _____	Asistencia Social _____
Pensión o Jubilación _____	Desempleo _____	Otros Ingreso _____

**Ingreso Total Mensual:** \_\_\_\_\_ (LA CONVERSION MENSUAL DE INGRESOS: Semanal x 4.33, Cada dos (2) semanas x 2.15, dos veces al mes x 2)

**SANCIONES POR FALSEDAD:** Certifico que toda la información arriba mencionada es verdadera y correcta, que el número de registro de las estampillas de alimentación y de FDPIR es correcto y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información ha sido proporcionada para recibir fondos federales; que los funcionarios de la institución podrán verificar la información proporcionada en esta declaración y que la falsedad premeditada de dicha información podría someterme a juicio según las leyes estatales y federales aplicables.

\_\_\_\_\_  
Firma de Miembro Adulto de la Familia

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

La 9a Sección de la National School Lunch Act (Ley Nacional de Almuerzon Escolares) estipula que, a menos que indique el número de registro de las estampillas de alimentación o de la FDPIR de su hijo(a), Ud. deberá incluir el número de seguro social del miembro de la familia censal que firma la declaración o indicar que el mismo no posee dicho número. No es obligatorio presentar un número de seguro social. Sin embargo, si no se incluye dicho número o no se indica que el miembro adulto de la familia censal no lo posee, la solicitud no podrá ser aprobada. El número de seguro social podrá ser utilizado para identificar al miembro de la familia censal durante la verificación de veracidad de la información proporcionada en esta declaración. Dicha tarea de verificación podrá realizarse mediante revisiones de programas, auditorías e investigaciones. Asimismo se podrá contactar al patrono para determinar los ingresos, a un oficina de estampillas de alimentación o asistencia social para verificar la certificación actual para la recepción de estampillas de alimentación o de beneficios de FDPIR, a la oficina estatal de seguro laboral para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar los documentos presentados por el miembro de la familia censal para comprobar la cantidad de ingresos recibidos. Esta tarea podría tener como resultado la pérdida o reducción de beneficios, reclamaciones administrativas, o acciones judiciales en caso de haber proporcionado información incorrecta.

**PARA USO DE PATROCINADOR**

<input type="checkbox"/> Centro de Cuidado/Head Start:	<input type="checkbox"/> APROB. GRATIS	<input type="checkbox"/> APROB. REDUC.	<input type="checkbox"/> NEGADO
<input type="checkbox"/> Centro Cuidado Diario Adultos:			

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de desmatriculo

\_\_\_\_\_  
Organización Patrocinadora

\_\_\_\_\_  
Oficial Aprobador