Estimado padre/madre/tutor:

Nuestra institución de cuidado para niños ha obtenido la aprobación del Departamento de Educación de Nebraska para su participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP). El CACFP reembolsa a nuestra institución por el costo parcial de las comidas. Le solicitamos su ayuda para recibir los beneficios máximos del CACFP al completar el formulario que se adjunta (NS)100-C.

El padre, madre o tutor debe completar las Partes 1 y 4 y una de las siguientes opciones: Parte 2, Parte 3A o Parte 3B para determinar la cantidad de fondos del CACFP que el centro será elegible para recibir. **Nota: No utilice líquido corrector ni borrador de tinta.** Si comete un error, táchelo, corríjalo y coloque sus iniciales.

Parte 1 - INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

- **Nombre del niño:** Indique el primer nombre y apellido, incluidos el nombre de pila y el apellido separado por guiones de todos los niños inscritos en este centro.
- **Fecha de nacimiento:** Enumere la fecha de nacimiento de todos los niños.
- **Fecha de inscripción:** Indique la fecha de inscripción de todos los niños con la organización.
- **Horarios y días de cuidados y comidas recibidas:** Enumere los horarios normales de cuidados para cada uno de los niños indicando la hora de llegada y de salida, marque cada día que el niño permanecerá en el centro y cada uno de los tipos de comidas recibidos allí.
- **Origen étnico/Raza:** Con los códigos proporcionados, ingrese los códigos correspondientes a origen étnico y raza para cada niño.
- **Niño en custodia:** Si se trata de un niño en custodia (bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal), marque el casillero.
- **Head Start:** Si el niño es elegible para el programa Head Start, marque el casillero.

Formulario de Selección de la fórmula para bebés (si corresponde - Aceptar/Rechazar el tipo de fórmula que se ofrece y aceptar/rechazar el patrón de comidas.

Parte 2: Las familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, **SNAP**), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, **TANF**) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, **FDPIR**):

- Complete las Partes 1, 2 y 4 del formulario adjunto.
- Proporcione los nombres y el número de caso del programa del que se reciben los beneficios.

Parte 3A: Familia **que excede** las pautas de ingresos indicadas en la tabla siguiente- Complete las Partes 1, 3A y 4 del formulario que se adjunta.

PARA CALCULAR EL INGRESO ANUAL

Ingreso semanal X 52 • Ingreso cada 2 semanas X 26 • Ingreso dos veces al mes X 24 • Ingreso mensual X 12

Cantidad de integrantes de la familia:	1	2	3	4	5	6	7	Cada integrante Familiar adicional
Ingreso anual	\$21,978	\$29,637	\$37,296	\$44,955	\$52,614	\$60,273	\$67,951	+ \$7,696

Parte 3B: Familia **por debajo** de las pautas de ingresos que se indican en la tabla siguiente - Complete las Partes 1, 3B y 4 en el formulario adjunto utilizando la siguiente información adicional:

- **NOMBRES DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA:** Anote los nombres de todos los integrantes de la familia que no se indiquen en la Parte 1. Inclúyase usted y a todos los demás niños, su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas sin relación en su familia. Use una hoja aparte si no tiene suficiente espacio.
- **INGRESO BRUTO ANTES DE LAS DEDUCCIONES:** Escriba la cantidad de ingreso que recibe cada persona en la misma línea que su nombre. Use la(s) columna(s) adecuada(s): Ganancias provenientes de trabajo, bienestar social, manutención de menores, pensión alimentaria, pensiones, jubilación, seguridad social u otros ingresos (ver las definiciones a continuación). Al lado de la cantidad del ingreso, escriba la frecuencia con que lo recibe. El ingreso es todo el dinero antes de que se deduzcan impuestos o cualquier otro cargo. Si una de las personas no tiene ingresos, marque el casillero de ingreso cero.
 - OTRO INGRESO:** beneficios por huelga, indemnización por desempleo, indemnización laboral, beneficios por discapacidad, intereses/dividendos, retiros de efectivo de ahorros, ingresos de patrimonios/fideicomisos/inversiones, regalías/anualidades/ingreso de rentas y contribuciones regulares de personas que no viven en la familia.
 - NIÑO EN CUSTODIA:** El ingreso personal hace referencia a (a) dinero proporcionado para el uso personal del niño en gastos como ropa, cargos escolares y asignaciones y (b) el resto del dinero que reciba el niño, por ejemplo proveniente de su familia.
 - BENEFICIOS DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN EL SERVICIO MILITAR:** Informe las asignaciones para vivienda fuera de la base como ingreso. Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no la incluya como ingreso.
 - ACTIVIDAD INDEPENDIENTE:** Informe el ingreso derivado de esta actividad comercial menos los costos operativos para obtener el ingreso neto. Las pérdidas de la actividad no podrán ser deducidas de un ingreso positivo obtenido a partir de otro empleo. El menor ingreso posible es cero.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la familia que firma el formulario. Si el miembro adulto de la familia no tiene un número de seguro social, marque el casillero. Esta información es para uso exclusivo del CACFP y es obligatoria.

Parte 4 FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Firma y fecha de la solicitud. El formulario debe ser firmado por el padre, madre o tutor.
- Complete la información de contacto: nombre, dirección y número de teléfono.

Declaración de la Ley de Privacidad:

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que el participante reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted envía la solicitud en nombre de un niño en custodia, si indica el número de caso del participante del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) u otro identificador del FDPIR o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento del Programa.

Declaración de no discriminación:

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

(1) Correo postal: 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 ofrece igualdad de oportunidades.

Como se mencionó anteriormente, no todos los motivos protegidos se aplican a todos los programas; *“los primeros seis motivos protegidos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad y sexo son los seis motivos protegidos para los solicitantes y beneficiarios de los Programas de Nutrición Infantil”*.

A fin de recibir ayuda para completar este formulario, comuníquese con el centro:

Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

La Agencia estatal que administra el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos es:
Nebraska Department of Education
Nutrition Services
P.O. Box 94987
Lincoln, NE 68509
Teléfono: 402-471-2488
Sitio web:
<http://www.education.ne.gov/NS>