



the  
**CLUB**  
**T E E N C E N T E R**

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE MEMBRECÍA

- ¿Tiene una copia del Manual de Padres?

## Documentos completados:

- Formulario de membrecía con al menos dos otros contactos\*
- Formulario de salud\*
- Formulario de autorización de boletas, si aplica
- Formulario de elegibilidad de ingresos\*

**\*necesario para que su solicitud sea aceptada**

**LA REGISTRACIÓN NO SERA PROCESADA HASTA QUE TODOS LOS FORMULARIOS ESTEN COMPLETOS CON SU PAGO.**

Contacto para emergencias/Preguntas sobre pagos

Michelle West

Asistente Administrativa

[admin@bgclubmanhattan.com](mailto:admin@bgclubmanhattan.com)

Preguntas sobre el programa

Pamela Nealey

Directora de Operaciones

[pamelan@bgclubmanhattan.com](mailto:pamelan@bgclubmanhattan.com)

Preguntas sobre cuentas y facturas

Jackie Coggins

Especialista en Administración

[finance@bgclubmanhattan.com](mailto:finance@bgclubmanhattan.com)



# TEEN CENTER

## FORMULARIO DE MEMBRECÍA ANUAL DE 2016

(DEBE SER COMPLETADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

Tipo de membrecía: Nueva \_\_\_\_\_ Renovada \_\_\_\_\_ **Costo de la membrecía: \$30\*\*** Termina: 31 diciembre 2016

**Nota:** El niño debe tener de 5 a 18 años de edad y estar en el kínder o un grado más alto para ser miembro.

<b>Para uso administrativo</b>	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/> Copied    Initials: _____ Site: _____ Comments: _____
Rec'd: _____ Date Ent'd: _____ Staff initials: _____	

### Información del miembro: (Favor de utilizar letra de molde y contestar todas las preguntas)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Género: femenino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

<b>Etnicidad (marcar con un círculo):</b> Negro o Afro-Americano    Hispano/Latino Asiático /Iseño del Pacífico Blanco o Caucásico    Nativo Americano Otro
---

En la escuela, su hijo(a) (marcar una):	_____ Recibe alimentos gratuitos
_____ Recibe alimentos con precio reducido	_____ Paga el precio completo de alimentos

Madre / Madrastra / Tutora (marcar con un círculo)	Padre / Padrastro / Tutor (marcar con un círculo)
--	---

Nombre y apellido(s) \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Empleador(es) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo o celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Empleador(es) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo o celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Información en caso de emergencia que tengan permiso de recoger al niño(a): (requerida para la membrecía)

Nombre y apellido(s) \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Use otra hoja si es necesario

### Información del Hogar: (Esta información será confidencial y es fundamental para las solicitudes de subvenciones del Club.)

El niño(a) vive con: Los dos padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_\_

Los abuelos \_\_\_\_\_ Familia de crianza ("foster") \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_ Número de hermanos/as: \_\_\_\_\_

Padre o madre soltero/a: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Vivienda pública: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ingresos anuales del hogar: (marcar una) \_\_\_\_\_ \$0-\$5,000    \_\_\_\_\_ \$5,001-\$12,000    \_\_\_\_\_ \$12,001-\$22,000

\_\_\_\_\_ \$22,001-\$32,000    \_\_\_\_\_ \$32,001-\$40,000    \_\_\_\_\_ \$40,001-\$51,000

\_\_\_\_\_ \$51,001-\$61,000    \_\_\_\_\_ \$61,001-\$68,000    \_\_\_\_\_ \$68,001+

¿Familia militar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si seleccionó "sí", indicar la(s) rama(s): Ejército \_\_\_\_\_ Armada (Navy) \_\_\_\_\_ Fuerza Aérea \_\_\_\_\_ Marines \_\_\_\_\_ Guardia Nacional \_\_\_\_\_ Reservas \_\_\_\_\_

**El Boys & Girls Club of Manhattan es una organización sin fines de lucro, en gran parte depende de donaciones financieras para su programación. Si Ud. desea añadir una donación\* al Club a su cuota de membresía, ésta será deducible de impuestos y muy apreciada.**

\_\_\_\_\_ \$30 costo de membresía incluido. \$\_\_\_\_\_ contribución adicional incluida\*. (Se le enviará un recibo para propósitos de impuestos.)

**Firma de Padre o Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Información de padre:** *(Por favor lea, complete y ponga sus iniciales a cada declaración y firme abajo.)*

**Nombre del miembro** *(Favor de utilizar letra de molde)* \_\_\_\_\_

1) Apruebo la solicitud de mi hijo(a) para la membresía en el Boys & Girls Club de Manhattan. Informaré al Club de cualquier cambio de domicilio y/o número telefónico incluido en el formulario de la membresía. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

2) Entiendo que hay una cuota de programa cada semestre (otoño y primavera) y debe ser pagada para que el miembro pueda asistir. Las becas están disponibles para cualquier persona que cumple con los directrices. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

3)  Doy consentimiento al Boys & Girls Club de Manhattan para que mi hijo(a) pueda ser fotografiado(a) cuando participe en las actividades del Boys & Girls Club y para que su nombre (sin los apellidos) sea usado para propósitos públicos. Además, autorizo el uso de fotografías y el nombre de mi hijo(a) en las redes sociales, que incluyen pero no se limitan a la cuenta de Facebook del Boys & Girls Club of Manhattan. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

No doy permiso para que las fotografías de mi hijo(a) sean utilizadas, ni en publicidad ni en las redes sociales. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

4) Boys & Girls Club de Manhattan ha desarrollado una asociación con Kansas State University que mejorará las habilidades de los estudiantes de consejería a medida que trabajan en su maestría en orientación académica. Como parte de este esfuerzo, estudiantes de Kansas State University pueden ser invitados por el club a trabajar con su hijo(a) para mejorar su comportamiento, sus habilidades sociales y/o su rendimiento académico. Conversaciones individuales pueden ser grabadas en vídeo para propósitos educativos solamente y sólo el estudiante de KSU aparecerá visualmente en los videos. El video será visto sólo por el profesor del estudiante y otros estudiantes de posgrado con el fin de proporcionar información instructiva. **Después de esto, la grabación será destruida profesionalmente. Las sesiones son confidenciales.**

Doy permiso para que mi hijo(a) participe en estas sesiones de asesoramiento. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

No doy permiso para que mi hijo(a) participe en estas sesiones de asesoramiento. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

5)  Doy consentimiento para que Boys & Girls Club of Manhattan recopile información mediante encuestas escritas sobre mi hijo(a) que solicita membresía a través de esta solicitud. Toda información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos obtenidos a través de estos medios se considerarán solamente mediante resúmenes que excluirán toda referencia a las respuestas individuales. Los resultados totales de estos análisis pueden ser compartidos con el personal del Club, Boys & Girls Clubs of America (BGCA), los financiadores y otras partes interesadas de la comunidad para dar evidencia de la eficacia del programa y / o el impacto que el Club tiene en nuestros miembros. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

No doy permiso para que mi hijo(a) participe en una encuesta tal como se describe arriba. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

6) Entiendo que el Boys & Girls Club de Manhattan funciona como un programa "School-Age Drop-in Program" licenciado por el estado de Kansas. Según regulaciones del estado, esto significa que mi hijo(a) puede venir y salir del edificio del Club por voluntad propia. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

Marcar ***una*** de las siguientes opciones:

Mi hijo(a) está autorizado(a) a venir y salir de los programas y las actividades del Club por voluntad propia **Iniciales:** \_\_\_\_\_

0

Basado en las necesidades individuales de mi hijo(a), pido que mi hijo(a) no salga del sitio del Club ni de una actividad del Club sin mi permiso. Yo, u otra persona autorizada, recogerá a mi hijo(a) de los programas del Club. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

***Nota:*** Si su familia recibe subsidios para el cuidado de niños, el Kansas Department for Children and Families requiere que su hijo(a) no salga del sitio del Club ni de actividades sin aprobación del padre/tutor legal.

7) El Boys & Girls Club of Manhattan es una organización de orientación juvenil que proporciona una variedad de actividades supervisadas por el personal del Club. Entiendo que, para ser miembro, mi hijo(a) debe tener un mínimo de 5 y un máximo de 18 años y estar en el kínder o un grado más alto. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

8) Entiendo que estaré sujeto a un cargo por pago atrasado si no puedo recoger a mi hijo(a) en la designada hora de cierre. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

9) Los teléfonos celulares, iPods, reproductores de MP3, etc, y cualquier otro dispositivo electrónico se deben apagar, guardar y poner en un lugar seguro mientras en el Club. **No responsabilizaré al Boys & Girls Club si estos artículos son robados o dañados en el Club.** **Iniciales:** \_\_\_\_\_

10) Entiendo que la afiliación de mi hijo(a) se basa en su capacidad de obedecer las reglas del Club, a sus funcionarios y miembros del personal. La membresía puede ser suspendida o cancelada sin reembolso en cualquier momento por mala conducta. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

11) He recibido un manual para padres y entiendo que es mi responsabilidad leer, conocer, comprender y cumplir con las políticas y las revisiones realizadas al mismo. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Firma de Padre o Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE SALUD

(DEBE SER COMPLETADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Género: femenino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_ Su hijo(a) tiene seguro médico Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si seleccionó "sí", indicar el nombre de compañía \_\_\_\_\_

Número de identificación (ID) de seguro \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Nombre de médico/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historial médico

Indicar cuales condiciones tiene su hijo (a) Asma \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Convulsiones \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Diabetes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Otros condiciones crónicas o de larga duración (ej.: TDAH) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, explicar \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, explicar \_\_\_\_\_

¿Estaría dispuesto a compartir una copia con Boys & Girls Club para ayudarnos a servirle mejor a su hijo(a)? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí La información de los miembros se mantendrá estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por el Club y su personal. Las normas estrictas se aplican para asegurar la confidencialidad, y cada parte ha recibido una formación adecuada. Jamás se hará pública la información individual de los estudiantes.

### Alergias: (Por favor hacer una lista o explicar cualquier reacción)

¿Su hijo(a) tiene una alergia/intolerancia alimentaria? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí En caso afirmativo, solicitar un formulario de modificación de comidas ("Meal Modification Form").

Medicamentos \_\_\_\_\_ Insectos \_\_\_\_\_

Plantas \_\_\_\_\_ Animales \_\_\_\_\_

Fiebre del heno \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Cualquier restricción de actividades \_\_\_\_\_

### Restricciones en la participación de eventos del Club:

Dieta especial o restricciones dietéticas \_\_\_\_\_

Restricciones especiales de actividades \_\_\_\_\_

Historial de heridas o enfermedades graves \_\_\_\_\_

Consideraciones/asuntos especiales que el personal de Boys & Girls Club debe conocer \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** De acuerdo con regulaciones, es obligatorio que Ud. notifique al Boys & Girls Club si su hijo(a) ha estado expuesto a cualquier enfermedad contagiosa durante los últimos seis meses.

**Autorización de padre:** En caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para contactarme o a la(s) persona(s) enumerada(s) en la sección de información en caso de emergencia. En caso de que no sea posible contactarme a mi ni a los contactos de la lista, doy permiso al Boys & Girls Club of Manhattan para asegurar el tratamiento médico adecuado, incluyendo la hospitalización, y cualquier tipo de cirugía requerida, para mi hijo(a). Doy permiso para que mi hijo participe en las actividades del Boys & Girls Club of Manhattan. Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier factura médica resultante de una herida padecida por el miembro durante las actividades del Club. El Club no proporciona seguro de accidente para sus miembros y no acepta responsabilidad financiera por los gastos relacionados con accidentes y heridas padecidos por sus miembros.

Firma de Padre o Tutor legal \_\_\_\_\_

Favor de completar información en el dorso.

Fecha \_\_\_\_\_

**USD 383 Distrito Escolar de Manhattan-Ogden**

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O ESTUDIANTE PARA DIVULGACIÓN DE LOS EXPEDIENTES ESCOLARES**

A: \_\_\_\_\_  
(Escuela)

De: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor del hijo(a))

Asunto: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido(s) del hijo(a))

Por la presente, doy mi consentimiento y autorización para la divulgación de ciertos expedientes escolares del estudiante a

**Boys & Girls Club of Manhattan.**

Los expedientes a ser divulgados a la parte arriba mencionada se limitan a los siguientes:

Boleta de calificaciones periodo 1, Boleta de calificaciones periodo 2, Boleta de calificaciones periodo 3

Entiendo que esos registros expedientes se le divulgan al Boys & Girls Club of Manhattan por las siguientes razones: El Programa de Tutoría después de la escuela del Boys & Girls Club of Manhattan

Además entiendo que estos registros expedientes no serán divulgados por Boys & Girls Club of Manhattan a ninguna otra parte sin mi consentimiento y autorización.

Además entiendo que tengo derecho a una copia de estos registros expedientes.

Además entiendo que tengo derecho a una audiencia ante el distrito escolar USD 383 a cuestionar el contenido de estos registros expedientes escolares de la escuela para asegurarse que los expedientes no son incorrectos, engañosos o de otro manera en violación de la privacidad u otros derechos de este estudiante, y para brindarme la oportunidad para la rectificación o cancelación de cualquier dato inexacto, engañoso o de otra manera inapropiada.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor legal)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimado Padre o Tutor:**

Nuestro centro ha obtenido la aprobación para participar en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés). El CACFP le reembolsa al centro el costo parcial de las comidas. La participación en el CACFP nos permite mantener nuestras tarifas más bajas y también servir comidas nutritivas a los niños de nuestro programa.

**El padre/tutor debe completar las Partes 1 y 4 y una de las opciones siguientes:** Parte 2, Parte 3A o Parte 3B para determinar el monto de fondos del CACFP que el centro será elegible para recibir. Este formulario será colocado en nuestros archivos y tratado como información confidencial. **Nota: no se debe utilizar líquido corrector o tachaduras. Si hay un error, haga una cruz, corrija e inicialice.**

**Parte 1 PARA LA INSCRIPCIÓN DE NIÑO:**

- **NOMBRE DEL NIÑO:** Liste el primer nombre y apellido de todos los niños inscritos en este centro.
- **FECHA DE NACIMIENTO:** Liste la fecha de nacimiento de cada niño.
- **HORARIOS Y DÍAS DE CUIDADO y COMIDAS SERVIDAS:** Liste los horarios regulares de cuidado para cada niño listando su fecha de llegada y de partida, marque cada día que el niño estará bajo cuidado y marque cada tipo de comida recibida mientras está bajo cuidado.
- **ETNIA/RAZA:** Utilizando los códigos proporcionados, ingrese los códigos para etnia y raza.
- **NIÑO EN CUIDADO SUSTITUTO:** Si el niño es un niño cuidado sustituto (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o la corte), por favor marque la casilla.

**Parte 2 PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FAP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):**

- Complete las Partes 1, 2 y 4 al dorso.
- Proporcione el nombre y número de caso para el programa del cual se reciben los beneficios.

**Parte 3A PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE EXCEDE LAS PAUTAS DE INGRESOS LISTADAS EN EL GRÁFICO ABAJO:**

- Complete las Partes 1, 3A y 4 al dorso.

**PARA CALCULAR LOS INGRESOS ANUALES**

**Ingresos Semanales X 52 + Ingresos Cada 2 Semanas X 26 + Ingresos Quincenales X 24 + Ingresos Mensuales X 12**

Tamaño del Grupo Familiar:	1	2	3	4	5	6	7	Cada Miembro Adicional de la Familia
<b>Ingresos Anuales:</b>	\$21,978	\$29,637	\$37,296	\$44,955	\$52,614	\$60,273	\$67,951	+ \$7,696

**Parte 3 B PARA TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES:**

- Complete las Partes 1, 3B y 4 al dorso utilizando la información adicional abajo.
- **NOMBRES DEL GRUPO FAMILIAR:** Escriba los nombres de todas las personas en su grupo familiar que no estén listados en la Parte 1. Inclúyase a usted y a todos los otros niños, a su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas sin parentesco en su grupo familiar. Utilice una hoja de papel por separado si no tiene espacio suficiente.
- **INGRESOS BRUTOS PREVIO A DEDUCCIONES:** Escriba el monto de los ingresos que cada persona recibe en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) apropiada(s): Ganancias del Trabajo, Bienestar/Manutención de Niño/Pensión Alimentaria, Pensiones/Jubilación/Seguro Social u Otros Ingresos (consulte la lista más abajo). Al lado del monto de ingresos escriba con qué frecuencia recibe el ingreso. Ingresos son todo el dinero previo a que sean deducidos los impuestos o cualquier otra cosa. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de ingresos cero.
  - Otros Ingresos:** beneficios de huelga, compensación por desempleo, compensación del trabajador, beneficios por discapacidad, interés/dividendos, retiro en efectivo de los ahorros, ingresos provenientes de bienes/fideicomiso/inversiones, ingresos por regalías/rentas vitalicias/rentas, y contribuciones periódicas de personas que no viven en el grupo familiar.
  - NIÑOS EN CUIDADO SUSTITUTO:** Liste cualquier ingreso personal recibido por el niño en cuidado sustituto bajo la Parte 3B. Ingresos personales son (a) dinero proporcionado para el uso personal del niño, como ser ropa, tarifas escolares y subsidios y (b) todo otro dinero que el niño obtenga, como ser dinero proveniente de su familia.
  - BENEFICIOS DE VIVIENDAS MILITARES:** Informe el subsidio por vivienda fuera de la base como ingreso. Si la vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.
  - EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** Informe los ingresos provenientes de emprendimientos comerciales menos los costos operativos para obtener los ingresos netos. Las pérdidas que resultan del emprendimiento no pueden ser deducidas de ingresos positivos ganados en otro empleo. El menor ingreso posible es cero.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba los cuatro (4) últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. Si el miembro adulto del grupo familiar no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solo para el uso de CACFP y es obligatoria.

**Parte 4 FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

- Firme y coloque la fecha en la solicitud. El formulario debe ser firmado por el padre o tutor.
- Complete la información de contacto - nombre, domicilio, número de teléfono e información del empleador.

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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) 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; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA LOS CENTROS DE CUIDADO DE NIÑO

## 1 DE JULIO DE 2016 HASTA 30 DE JUNIO DE 2017

**Parte 1. INSCRIPCIÓN DE NIÑO:** Complete la información más abajo para todos los niños bajo cuidado. Si el niño es un niño en cuidado sustituto (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o la corte), por favor marque la casilla.

Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Horarios de Cuidado		Días Regulares de Cuidado							Comidas Servidas Durante el Cuidado					Etnia/Raza*		Niño en Cuidado Sustituto	
		Hora de Llegada	Hora de Partida	L	M	M	J	V	S	D	D	A	A	P	C	N	Etnia		Raza
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>

\*Etnia (seleccione una): H=Hispano o Latino o N=No Hispano o Latino

\*Raza (seleccione una o más): B= Blanca N=Negra o Afro Americana, I=Indio Americana o Nativa de Alaska, A=Asiática o P=Nativa de Hawai u otra Isla del Pacífico

**Parte 2. GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FAP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):** Complete las Partes 1, 2 y 4.

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_ Número de Caso \_\_\_\_\_

**Parte 3A. GRUPOS FAMILIARES QUE EXCEDEN LAS PAUTAS DE INGRESOS:** Complete Partes 1, 3A y 4.

Si los ingresos de su familia exceden las pautas de ingresos (listadas al dorso), marque esta casilla

**Parte 3B. TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES - Si usted no tiene un número de caso para FAP, TAF, o FDPIR:** Complete Partes 1, 3B y 4.

### INGRESOS BRUTOS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para quienes Trabajan por Cuenta Propia)

S=Semanalmente 2S=Cada 2 semanas Q =Quincenalmente M= Mensualmente A=Anualmente

Liste los Nombres de Todos los Miembros del Grupo Familiar no listados en la Parte 1	Ganancias provenientes del Trabajo		Bienestar, Manutención de Niño, Pensión Alimentaria		Pensiones, Jubilación, Seguridad Social		Todos los Otros Ingresos		Marque Si Tiene ingreso CERO
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	S	\$150	Q	\$100	M			<input type="checkbox"/>
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>
6									<input type="checkbox"/>

Número de Seguro Social del Miembro del Grupo Familiar que firma el formulario:

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social: XXX- XX - \_\_\_\_\_ Si usted no tiene un Número de Seguro Social, marque esta casilla

Declaración de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. El número de seguro social no es obligatorio cuando usted realiza la solicitud en nombre de un niño en cuidado sustituto o lista un número de caso de un Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) para su niño u otro identificador (FDPIR) o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del CACFP.

**Parte 4. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

*Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que sean reportados todos los ingresos. Comprendo que el establecimiento recibirá los fondos Federales en base la información que yo proporcione. Comprendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar la información. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa, el participante que recibe las comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo podría ser procesado.*

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Nombre en Letra de Imprinta

Domicilio

Ciudad Postal Estado Código

Teléfono durante el Día

Empleador(es):

#### FOR CENTER USE ONLY

\_\_\_ FAP/TAF/FDPIR HOUSEHOLD

\_\_\_ Homeless Documentation from school, emergency shelter, or agency

\_\_\_ ANNUAL INCOME: \_\_\_\_\_ HOUSEHOLD SIZE: \_\_\_\_\_

Sponsor's Determining Signature

Date

Sponsor's Confirming Signature

Date

**HOUSEHOLD CATEGORY:**  Free  
 Reduced Price  
 Paid

**Foster Child – Free Category**

List name of foster child(ren):