

**Child Nutrition Program Application —  
Nonresident Children in Tier II Homes**  
Solicitud del Programa de Nutrición del Niño  
Niños no residentes de hogares del nivel II

The information requested on this form is required by the Child and Adult Care Food Program (CACFP). It is not related to any fees you may be charged by your child care provider. Financial information is for the exclusive use of the CACFP and is considered confidential. This information is NOT shared with your child care provider.

El Programa de Alimentos para Centros de Cuidado de Adultos y Niños (CACFP) necesita la información que se pide en esta forma. La información no está relacionada con ninguna cuota que le cobre el proveedor de cuidado de niños. La información económica es para el uso exclusivo del CACFP y se considera confidencial. Esta información NO se divulga al proveedor de cuidado de niños.

**1. Complete a separate form for each child enrolled in child care. /Llene una forma para cada niño inscrito en el cuidado de niños.**

Child's Name/Nombre del niño	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Child Care Provider's Name/Nombre del proveedor de cuidado de niños
------------------------------	-----------------------------------	---

**2. If this child or their parent or guardian participates in Food Stamps or Temporary Assistance for Needy Families (TANF), you may check the box to indicate Food Stamps or TANF and give the Food Stamp or TANF case number. If this child or their parent/guardian participates in one of the programs on the enclosed list other than Food Stamps, TANF, Even Start, Early Head Start, or Head Start, provide the name of the program and the program case number. If the program does not assign a case number, indicate "NONE" in the space for the program's case number. If you complete this section, do not complete Item 3 below; go to Item 4.**

Si el niño, sus padres o tutores reciben estampillas para comida o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), indique cuál recibe y dé el número de caso. Si el niño, sus padres o tutores participan en uno de los programas de la lista adjunta aparte de estampillas para comida, TANF, Even Start, Early Head Start y Head Start, dé el nombre y el número de caso del programa. Si el programa no asigna números de caso, indique "NINGUNO" en el espacio para el número de caso del programa. Si llena esta sección, no llene la sección 3 a continuación. Pase a la sección 4.

<b>Food Stamps</b> Estampillas para Comida	<b>Food Stamp Case No.</b> Núm. de caso de Estampillas para Comida	<b>TANF</b> TANF	<b>TANF Case No.</b> Núm. de caso de TANF
<b>Name of Other Federal/State Funded Program (on enclosed list)</b> Nombre de otros programas con fondos federales o estatales (en la lista adjunta)		<b>Case No.</b> Núm. de caso	

**3. Give the following information about everyone in your household, including yourself and the child listed above.**

Dé la siguiente información de todas las personas de su unidad familiar, incluso de usted.

		MONTHLY INCOME INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS MENSUALES				
		Salary Before Deductions Sueldo antes de deducciones		Welfare, Unemployment, Child Support Pagos de asistencia pública, desempleo, manutención de niños	Pensions, Retirement, Social Security Pensiones, jubilación, Seguro Social	All Other Monthly Income Todos los demás ingresos mensuales
NAME (Last, First) NOMBRE (apellido, nombre)	AGE EDAD	First Job Empleo principal	Second Job Empleo secundario			

**Total Number of Household Members:**  
Número total de miembros de la unidad familiar:

**FOR SPONSOR USE ONLY**  
**SÓLO PARA USO DEL PATROCINADOR**  **Total HH Monthly Income**

**4. I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of federal funds. Day home sponsoring organization officials may verify the information on my application. Deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.**

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta y que la información sobre los ingresos está completa. Comprendo que esta información es para recibir fondos federales. Los funcionarios de la organización patrocinadora de hogares de cuidado de niños pueden verificar la información de la solicitud. La falsificación intencional de la información puede ser causa de enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales aplicables.

Enter Social Security Number of adult household member signing application. /Escriba núm. de seguro social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud.

- -

Signature—Adult Household Member/Firma—Miembro adulto de la unidad familiar

Date/Fecha

If the member does not have a Social Security number, enter "None." /Si el adulto miembro no tiene un núm. de seguro social, escriba "ninguno."

**WHAT INCOME YOU MUST LIST:** List all income received LAST MONTH by each person listed on page one of this form. You must list:

- All wages from jobs (total earned before deductions for taxes, Social Security, etc.)
- Monthly welfare payments, unemployment compensation, or child support payments
- Monthly retirement, pension, or Social Security payments
- Any other income received LAST MONTH such as disability payments, workman's compensation, and strike benefits

**NOTE:** If anyone's income for last month was higher or lower than usual, list that person's AVERAGE monthly income. For example, self-employed people, farmers, and seasonal workers should list their average monthly income.

**NONDISCRIMINATION:** In accordance with federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability.

To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication and Compliance, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call 866-632-9992 (toll free), 202-260-1026, or 202-401-0216 (TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

**FOSTER CHILDREN:** In some cases, foster children may be eligible regardless of your household income. If you have foster children living with you who are in child care, please contact our office for instructions on completing this application.

**SOCIAL SECURITY NUMBER:** Section 9 of the National School Lunch Act requires that unless you provide the name of the eligible federal/state funded program in which the child or their parent/guardian participates and the eligible program's case number for the child/parent/guardian (or indicate "none" if the program does not issue a case number), the adult household member signing the form must provide his social security number (or indicate "none" if he does not have a social security number). Provision of a social security number is not mandatory, but if the social security number is not given or an indication is not made that the signer does not have a social security number, the application cannot be approved. The social security number may be used in carrying out efforts to verify the correctness of the information stated on this form. Verification efforts may be carried out through program review, audits, and investigations, and may include contacting employers to determine income, contacting the state employment security office to determine the amount of benefits received, contacting the eligible federal/state funded programs to verify current participation, and checking the documentation produced by household members to prove the amount of income received. These efforts may result in a loss of benefits, administrative claims, or legal action if incorrect information is reported.

**NOTE:** A new application is required every 12 months.

**INGRESOS QUE DEBE ENUMERAR.** Enumere todos los ingresos que cada persona anotada en la página uno de esta forma recibió el MES PASADO. Debe enumerar:

- Todos los sueldos de todos los empleos (el total antes de las deducciones para impuestos, Seguro Social, etc.)
- Pagos mensuales de asistencia pública, compensación por desempleo o manutención de niños
- Pagos mensuales de pensión, jubilación o Seguro Social
- Cualquier otro ingreso recibido durante el MES PASADO, tales como pagos por discapacidad, indemnización laboral o beneficios de huelga

**NOTA.** Si los ingresos del mes pasado de alguna persona fueron más o menos de lo que recibe normalmente, escriba el PROMEDIO de los ingresos mensuales de esa persona. Por ejemplo, las personas que trabajan por cuenta propia, los agricultores y los trabajadores de temporada deben escribir el promedio de sus ingresos mensuales.

**DECLARACIÓN de NO-DISCRIMINACIÓN.** Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Adjudication and Compliance, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al 888-632-9992 (llamar gratis), o al 202-260-1026 o al 202-401-0216 (TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**NIÑOS EN HOGARES TEMPORALES.** En algunos casos, los niños en hogares temporales pueden llenar los requisitos sin tomar en cuenta los ingresos de la unidad familiar. Si usted tiene niños bajo cuidado temporal inscritos en centros de cuidado de niños, por favor comuníquese con nuestra oficina para que le ayuden a llenar esta solicitud.

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.** La sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo en la Escuela requiere que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la forma dé el Número de Seguro Social (o indique "ninguno" si no tiene uno), a menos que dé el nombre y el número de caso del programa en el que participa el niño, su padre o tutor (o indique "ninguno" si el programa no asigna números de caso). Aunque no es obligatorio dar el número de Seguro Social, si no lo da o si no indica que la persona que firma no tiene uno, no podremos aprobar la solicitud. El número de Seguro Social se puede usar para verificar lo correcto de la información anotada en esta solicitud. La verificación puede llevarse a cabo por medio de revisiones, auditorías e investigaciones, y puede incluir el contacto con empleadores para determinar los ingresos, la oficina de seguridad de empleo del estado para determinar la cantidad de los beneficios recibidos y con los programas con fondos federales o estatales para verificar la participación actual y la revisión de los documentos presentados por los miembros de la unidad familiar para comprobar la cantidad de ingresos recibidos. Si se da información incorrecta, estas investigaciones pueden dar como resultado la pérdida de los beneficios, reclamos administrativos o acción judicial.

**NOTA.** Se tiene que llenar una nueva solicitud cada 12 meses.

**FOR DAY HOME SPONSOR USE ONLY/SÓLO PARA USO DEL PATROCINADOR**

Applicants are REQUIRED to provide the following information:

For eligibility based on FAMILY SIZE and INCOME – (1) Name of child enrolled; (2) Names of all other household members; (3) Social security number of adult household member signing form, or write "none" if the person signing the form does not have a social security number; (4) Each household member's income and the source of that income; and (5) Signature of the adult household member.

For eligibility based on child's or parent's/guardian's PARTICIPATION IN ELIGIBLE FEDERAL/STATE FUNDED PROGRAM other than Head Start or Even Start – (1) Name of child enrolled; (2) TANF or food stamp case number for child or parent/guardian participating in eligible federal/state funded program, or name of other eligible federal/state funded program and case number (or "none" if no case number is assigned by the program); and (3) Signature of adult household member.

The additional items requested are not required as a condition of eligibility.

By:	Determination Date	T I	T II

Signature—Day Home Sponsor

Date Received