

Day Care Home Provider Application for Tier I Eligibility

Solicitud del proveedor del hogar de cuidado de niños para elegibilidad en el nivel I

<p align="center">Notice to Day Care Home Providers</p> <p>To apply for Tier I eligibility based on family size and income, you must provide the information requested on this form. The information on this form WILL BE VERIFIED by the day care home sponsoring organization.</p>	<p align="center">Aviso al proveedor del hogar de cuidado de niños</p> <p>Para solicitar la elegibilidad en el nivel I basada en el tamaño y los ingresos de la familia, usted tiene que proporcionar la información que se solicita en esta forma. La organización patrocinadora del hogar de cuidado de niños VERIFICARÁ la información de la forma.</p>
--	---

1. Name of Day Care Home Provider/Nombre del proveedor del hogar de cuidado de niños	License/Registration No./Núm. de licencia o de registro	Program (TX) No./Núm. de programa (TX) TX -
Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		

2. Are you receiving Food Stamps or Temporary Assistance for Needy Families (TANF)?/¿Recibe usted actualmente beneficios de Estampillas para Comida o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)? **Yes** **No**
 Sí No

If "Yes," give your Food Stamp or TANF Case No. and attach a copy of your TANF/Food Stamp Benefits Notice of Eligibility to verify that you currently receive Food Stamps or TANF. Note: If you give your Food Stamp or TANF Case No. and a copy of your TANF/Food Stamp Benefits Notice of Eligibility, do not complete Item 3 below; go to Item 4./Si contesta "Sí", proporcione su Núm. de caso de Estampillas para Comida o de TANF y adjunte una copia del Aviso de elegibilidad para beneficios de TANF o Estampillas para Comida para verificar que usted actualmente recibe estos beneficios. Nota: si proporciona su Núm. de caso de Estampillas para Comida o de TANF y una copia de la Forma H1009 vigente, no llene la sección 3 a continuación; pase a la sección 4.

Food Stamp Case No./Núm. de caso de Estampillas para Comida	TANF Case No./Núm. de caso de TANF
--	---

3. Give the following information about everyone in your household, including yourself. Attach proof of income from all sources./Proporcione la siguiente información sobre todas las personas de su unidad familiar, incluso usted. Adjunte pruebas de ingresos de todas las fuentes.

Monthly Income Information Información sobre los ingresos mensuales					
Salary Before Deductions Sueldo antes de las 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
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 Solo 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 to determine the level of federal support from the Child and Adult Care Food Program and that my Day Care Home Sponsor will 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 en esta solicitud es verdadera y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Comprendo que esta información es para determinar el nivel de ayuda federal del Programa de Alimentos para Centros de Cuidado de Adultos y Niños y que mi patrocinador del hogar de cuidado de niños verificará la información en mi solicitud. La falsificación intencional de la información podría causar mi enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales que se apliquen.

Enter Social Security Number of Day Care Home Provider signing application. /Escriba el Núm. de Seguro Social del proveedor del hogar de cuidado de niños que firma la solicitud. - -
If the provider does not have a Social Security Number, enter "None."/Si el proveedor no tiene un Núm. de Seguro Social, escriba "ninguno."

Signature—Day Care Home Provider/Firma del proveedor del hogar de cuidado de niños

Date/Fecha

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.

FOSTER CHILDREN: If you have a foster child living with you, do not include the foster child as a household member and do not include the foster child's income or income you receive on behalf of the foster child.

NOTE: A new application is required each 12 months.

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.**

INGRESOS QUE TIENE QUE ENUMERAR. Enumere todos los ingresos que recibió el **MES PASADO** cada persona anotada en la primera página de esta forma. Usted tiene que enumerar:

- Todos los sueldos de todos los empleos (el total antes de las deducciones de impuestos, Seguro Social, etc.)
- Pagos mensuales de asistencia pública, compensación por desempleo o manutención de niños
- Pagos mensuales de jubilación, pensión 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.

NIÑOS EN HOGARES TEMPORALES. Si usted tiene niños bajo cuidado temporal viviendo con usted, no los cuente como miembros de la unidad familiar ni cuente los ingresos de estos niños, ni los ingresos que usted reciba en nombre de los niños.

NOTA. Se requiere una nueva solicitud cada 12 meses.

DISCRIMINACIÓN. De acuerdo con la ley federal y con las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU., esta institución tiene prohibida la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, por favor, escriba a **USDA, Director, Office Adjudication and Compliance, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410** o llame al **866-632-9992 (llamar gratis), o al 202-260-1026, o al 202-401-0216 (TDD)**. El **USDA** es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.

For Day Care Home Sponsor Use Only/Solo para uso del patrocinador del hogar de cuidado de niños

Applicants are REQUIRED to provide the following information:

For eligibility based on FAMILY SIZE and INCOME – (1) Name of Day Care Home Provider applying; (2) Names of all other household members; (3) Social security number of Day Care Home Provider; (4) Each household member's income and the source of that income; and (5) Signature of the Day Care Home Provider.

For eligibility based on FOOD STAMPS or TANF – (1) Name of Day Care Home Provider applying; (2) TANF or Food Stamp case number and copy of current TANF/Food Stamp Benefits Notice of Eligibility; and (3) Signature of Day Care Home Provider.

Indicate how income or program participation for categorical eligibility was verified (mark all that apply):

Check Stubs Letter from Employer IRS Information FS/TANF Eligibility Letter

Other (specify): _____

BY:	Determination Date	T I	T II

Signature – Day Care Home Sponsor

Date Received