

Departamento de salud y servicios humanos de Carolina del Norte
Sección de la salud de las mujeres y los niños
PROGRAMA DE SERVICIO DE ALIMENTOS EN EL VERANO (SFSP, por sus siglas en inglés) –
SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA
(Para los programas de actividades y los locales cerrados que participan)

1. NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____

 Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

NOMBRE DEL LOCAL: _____

 Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

NÚMERO DEL ACUERDO: _____

 Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento

2. ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS, TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas): Si el hogar recibe actualmente beneficios de ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS, TANF o FDPIR, proporcione el número del caso. Sí, recibimos beneficios de estampillas para alimentos, TANF o FDPIR. El número del caso de **Estampillas para alimentos:** _____, **TANF** _____, **FDPIR** _____.

Si responde "Sí" e indica el número del caso, **NO COMPLETE el #3 ni el #4. Complete el #5 (es voluntario) y el #6.** Si el niño es miembro de un hogar que recibe estampillas para alimentos o FDPIR, o de una unidad que recibe asistencia TANF, dicho niño automáticamente tiene derecho a recibir los beneficios de comidas del programa en forma gratuita, siempre que se complete la solicitud.

3. ¿FORMA EL NIÑO PARTE DE UN HOGAR SUSTITUTO TEMPORAL POR ORDEN JUDICIAL (*Foster home* en inglés)? Sí No. **NO COMPLETE el #4. Complete el #5 (es voluntario) y contacte al patrocinador para recibir instrucciones adicionales. Deberá completarse una solicitud por separado para cada niño que esté en un hogar sustituto temporal.**

4. INGRESOS MENSUALES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Liste a todas las otras personas que viven en su hogar, **SIN INCLUIR** al participante arriba indicado. Liste todos los ingresos brutos (**antes de las deducciones**) que recibieron el mes pasado. Si usted no proporcionó un número de caso de estampillas para alimentos, TANF o FDPIR, o si no se trata de un niño en un hogar sustituto temporal por orden judicial (*foster child*), usted deberá completar la información sobre los ingresos.

Nombres de todos los demás miembros del hogar	Sueldos o salarios mensuales	Ingresos mensuales por Seguro Social	Ingresos por asistencia pública mensual o por manutención de los hijos	Ingresos por pensión de retiro mensual	Otros ingresos mensuales
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

5. GRUPO ÉTNICO: De origen hispano o latino No es de origen hispano o latino

RAZA DEL PARTICIPANTE: NO ES OBLIGATORIO responder a esta pregunta.
 Blanca Negra o africana americana India americana o nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico

6. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información indicada anteriormente es verdadera y correcta, y que se están reportando todos los ingresos. Entiendo que se está proporcionando esta información para recibir fondos federales de asistencia; que el Patrocinador o los funcionarios de SFSP pueden verificar la información que figura en la solicitud, y que la falsificación intencional de dicha información puede ser motivo de que yo sea acusado(a) de violar las leyes estatales y federales aplicables.

 Firma de un miembro adulto del hogar (Obligatoria) Fecha: No tengo un número de Seguro Social
 Los 4 últimos dígitos de su número de Seguro Social

 Nombre en letra de imprenta Número telefónico del domicilio No. telefónico del trabajo

 Dirección Ciudad Código postal (Zip Code)

Salvo que usted incluya el número de caso del Programa de Estampillas para Alimentos, del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (u otro código identificador del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) o del Programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas, usted deberá incluir el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud, o indicar que dicho miembro del hogar no cuenta con un número de Seguro Social. Esto es obligatorio según la sección 9 de la *Ley Nacional sobre el Almuerzo en las Escuelas (National School Lunch Act)*. No es obligatorio indicar el número de Seguro Social, pero la solicitud no puede aprobarse si no se proporciona un número de Seguro Social, o si no se indica que la persona firmante no cuenta con un número de Seguro Social. El número de Seguro Social se utilizará para la administración del programa y para velar por su cumplimiento. Si el niño participa en el programa *Head Start*, él o ella tienen derecho en forma automática a recibir los beneficios de comidas gratuitas del Programa, estando ello sujeto a que los funcionarios de Head Start emitan una declaración que indique que se ha cumplido con los requisitos de ingresos para poder participar en Head Start, o que se presente la debida documentación que demuestre reunir los requisitos con respecto a los ingresos para participar en el programa.

Para que la institución o el patrocinador lo clasifiquen y lo completen

TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR _____ INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR \$ _____
 Aprobado: Gratuito Reducido Denegado Aprobación categórica
 Motivo de denegación: Ingresos elevados Solicitud incompleta otro
 Retiró la solicitud en (Fecha): _____

Únicamente para uso por parte del estado:
 Verificado por: _____
 Fecha: _____
 Clasificación luego de la verificación: Gratuita
 A precio reducido Denegada

 Firma del funcionario que determina el acceso al programa

 Fecha

CARTA A LOS PADRES O TUTORES LEGALES SOBRE PATROCINADORES DEL PROGRAMA QUE NO COBRAN PROGRAMA DE SERVICIO DE ALIMENTOS EN EL VERANO

Estimado(a) padre, madre o tutor del niño,

Por favor ayúdenos a cumplir con el requerimiento federal de presentar en forma anual la Solicitud de Beneficios del Programa. Esta solicitud se utilizará únicamente para determinar el cumplimiento de los requisitos para el acceso al programa, será guardada en nuestros archivos y será tratada como información confidencial. A fin de que los participantes y el patrocinador o el local cumplan con los requisitos para obtener los beneficios del programa, un miembro adulto del hogar deberá completar, firmar y enviar al patrocinador lo antes posible la Solicitud de Beneficios del Programa para cada uno de los hogares inscritos en el local. No es obligatorio completar la solicitud, salvo que usted desee ser considerado para participar en el programa en forma gratuita o a un precio reducido.

Si usted recibe actualmente estampillas para alimentos, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), no es necesario que liste los ingresos del hogar. Usted puede darle su número de caso de estampillas para alimentos, TANF o FDPIR, firmar, fechar y enviar la solicitud. Los niños colocados en hogares sustitutos temporales por mandato judicial (*foster home*) cuentan con aprobación categórica para recibir beneficios del programa SFSP.

Usted deberá listar a todas las personas que viven en su hogar, lo cual incluye a todos los niños, sus padres, abuelos y otros familiares. El Departamento de Agricultura define como un hogar a un grupo de personas, ya sean parientes entre sí o no (que no sean residentes de una institución o de un pensionado) que estén viviendo como una unidad económica (por ejemplo, compartiendo sus gastos de manutención).

Los ingresos que usted reporte **deben** ser los ingresos totales, antes de las deducciones, que reciban todos los miembros de su hogar en el mes pasado (por ejemplo, sueldos y salarios, pagos de asistencia o pensiones de retiro, etc.). Los beneficios militares de dinero en efectivo, tales como las asignaciones para vivienda a los hogares de miembros de las fuerzas armadas que viven fuera de las bases y las asignaciones para comprar alimentos o ropa, **deben** considerarse como ingresos. Si los ingresos de algún miembro de su hogar en el mes pasado fueron más altos o más bajos que de costumbre, liste los ingresos mensuales promedio que espera recibir dicha persona. Si el ingreso de su hogar es igual o menor que el monto establecido para el número de personas en su hogar indicado en la tabla a continuación, el participante y el centro de cuidado de niños cumplen con los requisitos para recibir los beneficios del programa.

DIRECTRICES SOBRE INGRESOS REDUCIDOS EN VIGENCIA DEL 1 DE JULIO DE 2009 AL 30 DE JUNIO DE 2011

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR	ANUAL	MENSUAL	DOS VECES AL MES	CADA DOS SEMANAS	SEMANAL
1	20,036	1,670	835	771	389
2	25,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Por cada miembro adicional del hogar agregue esta cantidad	+6,919	+577	+289	+267	+134

Usted puede presentar una solicitud de beneficios del programa en cualquier momento durante el año fiscal. Si usted no reúne los requisitos en estos momentos, pero aumenta el número de personas en su hogar, pierde su empleo o disminuyen sus ingresos, y ello hace que los ingresos totales de su hogar encajen en los estándares indicados en la tabla anterior, usted puede solicitar nuevamente los beneficios del programa. El funcionario de la institución encargado de determinar si se cumplen los requisitos para obtener los beneficios del programa puede verificar la información indicada en esta solicitud en cualquier momento durante el año fiscal.

En cumplimiento de la Ley sobre Reautorización de Beneficios (*Reauthorization Act*, en inglés), los hogares ya no están obligados a reportar cambios en su situación, tales como un aumento en sus ingresos que no exceda un monto determinado (actualmente \$50 al mes o \$600 al año), la disminución del número de miembros de su hogar, o si dicho hogar ya no está certificado en cumplir con los

requisitos para recibir estampillas para alimentos o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas. Por ello, una vez que se apruebe su derecho a recibir el beneficio de obtener el almuerzo en forma gratuita o a un precio reducido, dicho hogar continuará en cumplimiento de los requisitos para recibir dichos beneficios durante un periodo no mayor de 12 meses.

Declaración sobre la Ley de Privacidad: La Ley Nacional Richard B. Russell sobre el Almuerzo en las Escuelas exige que se proporcione la información requerida en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar dicha información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas en forma gratuita o a un precio reducido. Usted deberá incluir el número de Seguro Social del miembro adulto de su hogar que firme la solicitud. No es necesario indicar el número de Seguro Social si usted presenta la solicitud a nombre de un niño colocado en un hogar temporal por mandato judicial (*foster child*), o si usted lista el número de caso de beneficios de estampillas para alimentos, del Programa de Asistencia a Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos a las Reservaciones Indígenas (FDPIR) de su niño u otro número indicador (de FDPIR), o si usted indica que el adulto miembro de su hogar que firma la solicitud no cuenta con un número de Seguro Social. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su niño cumple los requisitos para obtener comidas en forma gratuita o a un precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

En cumplimiento de las leyes federales y las directivas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, está prohibido que dicha institución discrimine a las personas en base a su raza, color, origen nacional, género, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250 9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (Teléfono de texto o TTY). USDA ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE SFSP

Por favor complete las solicitudes de beneficios del Programa de Servicio de Alimentos en el Verano de siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la declaración y devuélvala al centro de cuidados de su niño.

PARTE 1-INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: Complete esta parte.

Escriba el nombre o nombres del niño inscrito en el centro de cuidados infantiles.

PARTE 2-SI EL HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS, TANF O FDPIR: Complete ESTA PARTE y la PARTE 6.

- (1) Anote su número de identificación del caso para los beneficios de estampillas para alimentos, TANF o FDPIR.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la declaración que figura en la PARTE 6.

PARTE 3-NIÑOS EN HOGARES TEMPORALES SUSTITUTOS POR MANDATO JUDICIAL (FOSTER CHILDREN)

- (1) Indique si se trata de un niño en situación de *Foster Child*. Deberá completarse una solicitud por separado por cada niño en situación de *Foster Child*.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la declaración que figura en la PARTE 6.

PARTE 4- INGRESOS DEL HOGAR: Complete ESTA PARTE y la PARTE 6

- (1) Anote los nombres de los miembros de su hogar.
- (2) Anote el monto de los ingresos (el monto antes de deducir los impuestos o de cualquier otra deducción), la frecuencia con que recibe dichos ingresos (por ejemplo, cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes o una vez al mes) que recibió cada uno de los miembros del hogar **el mes pasado** y de dónde provino dicho ingreso, por ejemplo, ganancias, prestaciones de asistencia, pensiones u otros ingresos (refiérase a los ejemplos que figuran a continuación que indican los tipos de ingresos que deben reportarse). Si el ingreso de alguna persona fue más bajo que de costumbre, anote el ingreso que dicha persona recibe usualmente.
- (3) Un miembro adulto del hogar debe firmar dicha declaración de cumplir los requisitos con respecto a los ingresos y proporcionar su número de Seguro Social en la PARTE 6.

PARTE 5-GRUPO ÉTNICO Y RACIAL: Complete la respuesta a la pregunta sobre grupo étnico y raza si desea hacerlo.

Usted no está obligado a responder a esta pregunta para recibir beneficios de comidas gratuitas o a bajo costo. Sin embargo, el proporcionar dicha información ayudará a asegurar que se trate a todas las personas de una manera justa.

PARTE 6-FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Todos los hogares deben completar ESTA PARTE.

Todas las declaraciones deben estar firmadas por un miembro adulto del hogar para cumplir con los requisitos. El miembro adulto del hogar que firme la declaración deberá anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social. Si él o ella no cuentan con un número de Seguro Social, se deberá anotar "ninguno". Si usted anotó un número de caso para los beneficios de estampillas para alimentos, TANF o FDPIR, no es necesario anotar un número de Seguro Social.

LOS INGRESOS QUE DEBEN REPORTARSE

Ingresos del empleo

Sueldos/Salarios/Propinas
Beneficios de huelga

Compensación por desempleo
Compensación por accidentes de trabajo
Ingresos netos por negocios personales
o granjas

Pagos de asistencia social/Manutención de

Pensiones/Retiro/Seguro Social

Pensiones
Ingresos suplementarios de Seguro Social
Ingresos por retiro
Pagos a veteranos de guerra
Pagos de Seguro Social

Hogares de miembros de las fuerzas armadas

Otros ingresos

Beneficios por discapacidad
Retiros en efectivo de ahorros, intereses o dividendos
Ingresos de herencias/fideicomisos/inversiones
Aportes regulares de personas que no viven en el hogar
Regalías o anualidades netas

hijos o ex esposo(a)s
Pagos de asistencia pública
Pagos de prestaciones sociales
Pagos de manutención de los hijos,
el ex esposo o la ex esposa

Todos los ingresos en efectivo, incluyendo pagos para vivienda de familias militares y compra de uniformes. No se incluyen los beneficios "en servicios" que NO se otorgan como dinero en efectivo (vivienda dentro de la base, ropa, alimentos, atención médica, etc.).

Ingresos netos de los alquileres
Cualquier otro ingreso

Todos los programas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos están disponibles para todas las personas sin distinción de raza, color, género, origen nacional, edad o discapacidad.