

Guía de elegibilidad para centros de cuidado infantil

Año fiscal 2023-2024



Programa de comida para el cuidado infantil

...construyendo hábitos saludables para la vida

Florida Department of Health
Bureau of Child Care Food Programs
4052 Bald Cypress Way, Bin #A-17
Tallahassee, FL 32399-1727
850.245.4323
www.FloridaHealth.gov/CCFP

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Programa de comida para el cuidado infantil

Guía de elegibilidad para centros de cuidado infantil

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| Introducción | 3 |
| I. Definiciones | 4 |
| II. Determinar la elegibilidad | 4 |
| III. Información necesaria de los solicitantes | 6 |
| IV. Determinar los ingresos del grupo familiar..... | 8 |
| V. Determinar el tamaño del grupo familiar | 10 |
| VI. Descripción de los formularios incluidos en esta Guía | 10 |

Formularios (adjuntos después de la página 10):

Directrices de elegibilidad de ingresos

Comunicado de prensa (sin precios): la mayoría de los centros usan este comunicado de prensa

Comunicado de prensa (con precios)

Solicitud de comidas gratis y a precio reducido (inglés, español y criollo haitiano)

- Versión combinada (incluye información de participación infantil)

Carta para padres (sin precios): (inglés, español y criollo haitiano)

Carta para padres (con precios)

Solicitud de inscripción para cuidado infantil (inglés, español y criollo haitiano)

Formulario de participación infantil (inglés, español y criollo haitiano)

Lista de inscripción (ciclo de agosto a julio y ciclo de octubre a septiembre)

Formulario de consolidación de la lista de inscripción

Procedimientos de cobranza para Programas con precios

INTRODUCCIÓN

El Programa de comida para el cuidado infantil (CCFP) es un programa financiado por el gobierno federal que reembolsa a los proveedores de cuidado infantil por las comidas y snacks nutritivos que se sirven a los menores elegibles. En Florida, el Departamento de Salud (DOH), Oficina de Programas de comida para el cuidado infantil, administra el CCFP.

El propósito de esta Guía de elegibilidad es dar información de cómo determinar la elegibilidad de cada menor para recibir comidas gratis o a precio reducido. Debe ser usado por centros de cuidado infantil independientes (incluyendo los centros de cuidado fuera del horario escolar) y organizaciones patrocinadoras de centros de cuidado infantil que prestan servicios según el CCFP.

En este folleto se incluyen formularios de muestra y las Directrices de elegibilidad de ingresos actuales. Haga copias de los formularios según sea necesario. También se puede acceder a estos formularios desde los siguientes lugares que se mencionan abajo.

- Sistema de Información de Administración y Pago (MIPS)
 - Formularios/documentos en blanco en el menú de la izquierda
- Sitio web del CCFP en www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/child-care-food-program/Guidance/index.html

En el CCFP existen programas sin precios y programas con precios. El más frecuente es un programa **sin precios**, en el que el centro no cobra por separado las comidas servidas. El otro es un programa **con precios**, que cobra por separado las comidas servidas.

La Oficina Estatal del CCFP está situada en Tallahassee; el teléfono es 850-245-4323. Los especialistas del programa están situados en oficinas en todo el estado. Consulte nuestro sitio web para obtener información de contacto. Los especialistas del programa o alguien de la oficina estatal están disponibles para responder sus preguntas.

I. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones pueden ser útiles cuando lea esta guía.

Menor inscrito es un menor cuyo padre/madre o tutor ha presentado un documento firmado a un centro de cuidado infantil u organización patrocinadora, que indica que el menor está inscrito para el cuidado infantil.

Un **menor** significa (a) una persona menor de 12 años de edad; (b) un hijo de trabajadores migrantes menor de 15 años de edad; y (c) una persona con una discapacidad física o mental debidamente documentada, que está inscrita en un centro de cuidado infantil que atiende a una mayoría de personas menores de 18 años.

Comida gratis es una comida que se sirve según el CCFP a un menor que cumple uno de los siguientes criterios y tiene la documentación de verificación adecuada:

- Miembro de un grupo familiar que cumple los estándares de ingresos para comidas gratis
- Miembro de un grupo familiar que recibe beneficios de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o Programa de asistencia para comida (también conocido como SNAP o Programa de cupones para comida)
- Inscrito en Head Start o Early Head Start
- Inscrito en el programa de alfabetización Even Start y aún no ha comenzado kindergarten
- Menores de crianza temporal o menores en colocación temporal de emergencia por un tribunal
- Menores sin hogar o institucionalizados

Comida a precio reducido es una comida que se sirve según el CCFP a un menor de un grupo familiar que cumple los estándares de ingresos para comidas a precio reducido.

La **comida para no necesitados** es una comida que se sirve según el CCFP a un menor de una familia que no cumple los estándares para comidas gratis o de precio reducido.

Programa sin precios significa que el centro de cuidado infantil no tiene un cargo identificable por separado para las comidas servidas.

Programa con precios significa que el centro de cuidado infantil tiene un cargo identificable por separado para las comidas servidas. Se exige que los programas con precios den las mismas comidas a los menores elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido, que las que dan a los menores que pagan el precio completo por las comidas.

II. DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

Los centros de cuidado infantil independientes (centros) y las organizaciones patrocinadoras de los centros de cuidado infantil (patrocinadores) que participan en el CCFP deben determinar anualmente la elegibilidad de cada menor inscrito para reclamar comidas gratis, a precio reducido o para no necesitados para el reembolso. La categoría de elegibilidad determina la cantidad del reembolso.

En la mayoría de los casos, se usa una Solicitud de comidas gratis y a precio reducido (solicitud) para reunir información del grupo familiar y determinar la categoría de elegibilidad de un menor. Hay ciertas situaciones en las que se puede usar otro documento oficial en lugar de una solicitud para determinar la elegibilidad. Esas excepciones se explican en la Sección III.B de esta guía.

El centro de cuidado infantil debe distribuir la solicitud y las instrucciones a los padres de menores recién inscritos y de menores cuya determinación de elegibilidad vence pronto. El centro también debe distribuir la carta para padres adjunta (ambas páginas) o publicar una copia de la carta completa en un área donde los padres puedan leerla antes de completar la solicitud. La carta para padres aporta información importante y explica a los padres de los menores el motivo por el que se completó la solicitud.

Cualquier miembro adulto del grupo familiar puede completar y enviar la solicitud. Después, el patrocinador o el centro revisa la solicitud, compara la información con las directrices de elegibilidad de ingresos y determina la categoría de elegibilidad del menor. Un patrocinador puede permitir que sus centros patrocinados determinen la elegibilidad de los menores. Sin embargo, el patrocinador es responsable de asegurar que la elegibilidad de cada menor se determine correctamente.

El estado de elegibilidad de un menor, basado en su solicitud aprobada, dura un año a partir del mes en que la determinación de elegibilidad entró en vigencia. Hasta que una solicitud completa (u otra documentación de elegibilidad) haya sido aprobada por el centro o el patrocinador, el menor debe estar clasificado como elegible para recibir comidas para no necesitados. Los centros o patrocinadores pueden optar por recopilar nuevas solicitudes de todos los menores inscritos actualmente una vez al año, por ejemplo, en agosto o septiembre.

La información presentada en la solicitud es **información privada** del grupo familiar y el patrocinador o centro debe asegurarse de que la información se mantenga **confidencial**.

El patrocinador o el centro debe delegar a uno o varios miembros del personal para que revisen y aprueben las solicitudes, y completen la lista de inscripción. Los miembros del personal delegados deben revisar cada solicitud para determinar y documentar la elegibilidad siguiendo estos pasos:

1. Obtener del padre/madre/tutor u otro miembro adulto del grupo familiar cualquier información faltante necesaria para determinar la elegibilidad. Si obtiene información faltante o información aclaratoria, anote en la solicitud el nombre del miembro del grupo familiar con el que habló, la información faltante o aclarada, la fecha de contacto y sus iniciales.
2. Revise la solicitud (u otra documentación de elegibilidad) para determinar si el menor es categóricamente elegible para recibir comidas gratis basándose en el número de caso del Programa de asistencia para comida o TANF, o la documentación de Head Start/Early Head Start, Even Start, la Agencia de crianza temporal o el tribunal. Consulte la Sección B en las páginas 6 y 7 para obtener información de los documentos que se pueden aceptar en lugar de las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido en ciertos casos. Si el menor no es categóricamente elegible, use las Directrices de elegibilidad de ingresos actuales para determinar la categoría de elegibilidad del grupo familiar del menor.

Nota: Si todos los ingresos se reportan con la misma frecuencia de pago (por ejemplo, con qué frecuencia se reciben los ingresos), no haga la conversión a una cantidad anual porque el redondeo de las cifras en las Directrices de elegibilidad de ingresos hace que la cantidad anual convertida sea mayor que el total de la suma todos los ingresos juntos. Por lo tanto, las conversiones de ingresos innecesarias pueden dar lugar a clasificaciones incorrectas. **Cuando las frecuencias de pago de ingresos son diferentes, esta es la única vez que convertiría todos los ingresos en ingresos anuales, como se indica en la sección "Solo para uso del contratista" de la solicitud.**

3. Complete la sección "Para uso exclusivo del contratista" en la parte inferior de la solicitud para mencionar la determinación de elegibilidad. Después, firme el formulario y escríbale la fecha. Los controles de terceros son opcionales, a menos que se exijan como parte de un Plan de acción correctiva.
4. Determine la fecha de entrada en vigor de la elegibilidad usando una de las opciones descritas en el memorando de políticas del CCFP del 24 de abril de 2014, titulado "Fecha de entrada en vigor de las determinaciones de elegibilidad de ingresos". Este memorando se puede encontrar en el Sistema de Información de Administración y Pago (MIPS) del CCFP en el enlace del memorando de políticas, año fiscal 2014.

5. Presente todas las solicitudes (incluyendo las de los menores que ya no están inscritos) en orden alfabético o, preferiblemente, en un orden que coincida con la Lista de inscripción. Para un menor que ya no está inscrito, anote la fecha de retiro del menor en la Lista de inscripción.
6. Para los menores cuya elegibilidad se determinó basándose en la documentación de Head Start/Early Head Start, Even Start, la agencia de crianza temporal o un tribunal, mantenga esos documentos archivados con las solicitudes de comidas gratis o de precio reducido para los demás menores.
7. Complete la Lista de inscripción y actualícela durante el año, a medida que se produzcan cambios.

La información de elegibilidad no tiene que verificarse. Sin embargo, se permite la verificación de la información cuando se basa en alguna causa razonable de sospecha. Esta verificación se debe hacer de manera no discriminatoria. **Consulte el Capítulo 2 de su manual de procedimientos para obtener información más detallada sobre elegibilidad.**

III. INFORMACIÓN NECESARIA DE LOS SOLICITANTES

A. Información necesaria en la solicitud de comidas gratis y a precio reducido

| Tipo de grupo familiar | Información necesaria (Se puede dar más información, pero no es necesaria para determinar la categoría de elegibilidad). |
|--|---|
| Programa de asistencia para comida (también conocido como SNAP o Programa de cupones para comida) o TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del menor. 2. Número de caso del Programa de asistencia para comida o TANF. Este es un número de 10 dígitos asignado al grupo familiar que recibe los beneficios. Este número generalmente comienza con un "1" y está en el "aviso de decisión" o la "carta de elegibilidad" entregada por la Oficina del Programa de asistencia para comida/TANF. No es el número aleatorio de 16 dígitos de la tarjeta electrónica de beneficios usada para el programa. <i>Nota: La elegibilidad para Medicaid y cuidado infantil subsidiado <u>no</u> califica automáticamente a los menores para recibir comidas gratis.</i> 3. Firma del padre/madre/tutor u otro miembro adulto del grupo familiar. <p>NOTA: Si algún miembro del grupo familiar actualmente recibe beneficios del Programa de asistencia para comida o TANF, entonces cualquier menor en ese grupo familiar es elegible para recibir comidas gratis.</p> |
| Menor de crianza temporal (si <u>no</u> se presenta el documento de la agencia de crianza temporal o del tribunal) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del menor. 2. Respuesta Sí encerrada en un círculo en la fila correspondiente de la columna del menor de crianza temporal. 3. Firma del padre/madre de crianza temporal/tutor u otro miembro adulto del grupo familiar. |

| | |
|--|---|
| <p>Todos los demás grupos familiares</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del menor. 2. Nombres de todos los miembros del grupo familiar (menores y adultos). 3. Ingresos brutos combinados de todos los menores del grupo familiar (hasta los 18 años) que tienen algunos ingresos y con qué frecuencia reciben esos ingresos. Si la sección de ingresos de los menores (Paso 3.A) está en blanco, puede suponer que no hay ingresos de los menores. 4. Ingresos brutos actuales (o ingresos netos solo para personas que trabajan por cuenta propia) de todas las fuentes para cada miembro adulto del grupo familiar y con qué frecuencia se recibe cada fuente de ingresos. (Nota: Para cualquier miembro adulto del grupo familiar que no reciba ingresos, se debe escribir "ninguno" o "0" para esa persona. Si un adulto no tiene ingresos en la lista, puede suponer que sus ingresos son "ninguno" o "0", y la solicitud puede aprobarse en consecuencia, sin ingresos para esa persona. Si no hay adultos mencionados en el Paso 3.B, la solicitud está incompleta y <u>no puede</u> considerarse como una solicitud de cero ingresos). 5. Firma del padre/madre/tutor u otro miembro adulto del grupo familiar. 6. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firmó el formulario. Si esta persona no tiene un número de Seguro Social, entonces se debe escribir "ninguno" en los espacios dados. |
|--|---|

B. Documentos aceptados en lugar de una solicitud de comida gratis o a precio reducido

Los menores de crianza temporal o los menores colocados temporalmente por un tribunal son automáticamente elegibles para la categoría de elegibilidad de comida gratis con la documentación oficial de la agencia de crianza temporal o del tribunal que colocó al menor. Con dicha documentación, no se necesita una solicitud de comida gratis o a precio reducido.

Los **participantes de Head Start y Early Head Start** son automáticamente elegibles para la categoría de elegibilidad para comidas gratis. La prueba de inscripción en Head Start debe establecerse mediante la obtención y el mantenimiento en el archivo de uno de los siguientes documentos:

- La solicitud de inscripción aprobada de Head Start/Early Head Start de un menor
- Un documento firmado y fechado por la Oficina del Programa Head Start/Early Head Start que incluya el nombre del menor, o una lista de los nombres de los menores, y la fecha de inscripción en Head Start para los menores.

Una vez archivados, los documentos mencionados arriba siguen siendo válidos mientras el menor permanezca inscrito en el programa correspondiente.

Si la documentación de Head Start/Early Head Start no está disponible, entonces el grupo familiar debe presentar una solicitud de comida gratis o a precio reducido, y la elegibilidad se determinará de la manera tradicional.

Los **participantes del programa de alfabetización familiar Even Start** son automáticamente elegibles para recibir comidas gratis si están inscritos en el programa Even Start y aún no están en kindergarten. La prueba de inscripción en Even Start debe establecerse mediante la obtención y el mantenimiento en el archivo de uno de los siguientes documentos:

- Una solicitud del programa Even Start aprobada con la confirmación de que el menor aún no ha entrado a kindergarten
- Declaración de inscripción para el Programa Even Start con confirmación de que el menor aún no ha entrado a kindergarten

- Una lista de los nombres de los menores que confirme que los menores están actualmente inscritos como participantes en el programa Even Start y que aún no han entrado a kindergarten.

Nota: Para que sea válido, cada uno de los documentos de elegibilidad mencionados arriba debe incluir la firma y la fecha de la firma del director del proyecto local o de una persona autorizada para dar la certificación en nombre del programa Even Start.

Al comienzo de cada año escolar, el representante de determinación de elegibilidad debe restablecer la elegibilidad categórica para cada menor de Even Start.

Si ninguno de los documentos de Even Start está disponible, entonces el grupo familiar debe presentar una solicitud de comida gratis o a precio reducido, y la elegibilidad se determinará de la manera tradicional.

C. Solicitudes para menores sin hogar o menores en una Institución de cuidado infantil residencial (RCCI)

Para los menores sin hogar, cuyos padres o tutores no completan ni devuelven una Solicitud de comidas gratis o a precio reducido, los siguientes procedimientos son aceptables:

- El director del refugio para personas sin hogar donde vive el menor puede completar y devolver una solicitud para el menor.
- Los representantes locales, como empleados de agencias de servicios sociales, directores de escuelas públicas, etc., pueden completar y devolver una solicitud para un menor sin hogar basándose, únicamente, en su conocimiento de que la dirección del menor es un refugio para personas sin hogar o que el menor no tiene una dirección conocida y está, de hecho, sin hogar.

Para los menores en un RCCI, el padre/madre, tutor, director o un empleado autorizado del centro residencial en el que reside el menor debe firmar la solicitud e incluir el nombre del menor y el nombre del centro.

IV. DETERMINAR LOS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Ingresos actuales del grupo familiar: Este término se refiere a la cantidad actual de ingresos que generalmente recibe cada persona (antes de las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.), con qué frecuencia se reciben y de dónde provienen, como salarios, jubilación o asistencia pública. Si trabaja por cuenta propia, deben mencionarse los ingresos netos. Los ingresos netos se definen como los ingresos brutos menos los gastos operativos. Si no se menciona la frecuencia de los ingresos, el centro o patrocinador debe comunicarse con el grupo familiar para averiguar con qué frecuencia se reciben los ingresos y documentar esta información. **El centro o patrocinador no debe suponer que los ingresos se reciben mensualmente.**

Ingresos: La remuneración monetaria total de un grupo familiar antes de cualquier deducción, como impuestos sobre ingresos, impuestos de Seguro Social, primas de seguros, contribuciones caritativas y bonos de ahorro.

Los ingresos incluyen:

- Remuneración monetaria por servicios, incluyendo salarios, sueldos, comisiones o cargos
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia
- Pagos del Seguro Social
- Dividendos o intereses sobre ahorros, bonos, acciones o ingresos de sucesiones o fideicomisos
- Ingresos netos por alquileres
- Pagos de asistencia pública (ver más abajo para ciertas exclusiones)

- Subsidio de desempleo
- Beneficios de jubilación, pensiones, anualidades o pagos de veteranos
- Pagos de manutención de menores o pensión alimenticia
- Aportaciones regulares de personas que no viven con el grupo familiar
- Regalías netas
- Otros ingresos monetarios en efectivo. Esto incluye cantidades monetarias en efectivo recibidas o retiradas de cualquier fuente, incluyendo ahorros, inversiones, cuentas fiduciarias y otros recursos que estarían disponibles para pagar el precio de las comidas.
- Los beneficios militares recibidos en dinero en efectivo, como los subsidios para viviendas privadas/comerciales fuera de la base para familias de militares que viven fuera de la base, y los subsidios para comidas o ropa deben considerarse ingresos. Las excepciones a esto son la Iniciativa de privatización de viviendas militares, la Asignación suplementaria de subsistencia familiar y, en ciertas circunstancias, el pago por combate. Vea abajo.

Algunas exclusiones de ingresos son:

- Beneficios recibidos a través del Programa de asistencia para comida (también conocido como SNAP o Programa de cupones para comida), TANF, Subvención en bloque para el desarrollo del cuidado infantil o Programas nacionales de almuerzo/desayuno escolar
- Iniciativa de privatización de viviendas militares: Este beneficio de vivienda, en forma de dinero en efectivo, no se considera ingresos. Un subsidio de vivienda aparecerá en la declaración de permiso e ingresos de los miembros del servicio que viven en viviendas *militares* privatizadas, pero esto no debe contarse como ingresos. Se puede acceder a más información sobre la Iniciativa de privatización de viviendas militares del Departamento de Defensa, incluyendo una lista de las instalaciones afectadas, en www.acq.osd.mil/eie/FIM/Housing/Housing_index.html. (No es una exclusión permitida para los grupos familiares que viven fuera de la base en el mercado general de bienes raíces comerciales/privados).
- Pagos de subsidio suplementario de subsistencia familiar (FSAA) hechos a miembros de las Fuerzas Armadas y sus familias por el Departamento de Defensa.
- Pago por combate que recibe un miembro del servicio, además de su pago básico, durante su despliegue o servicio en un área designada como zona de combate.
- Subsidio de descuento de medicamentos con receta de Medicare de \$600
- Ingresos ocasionales recibidos de manera irregular (por ejemplo, no recurrentes), como el pago por cuidar menores o cortar el césped ocasionalmente.
- Asistencia económica para estudiantes usada para pagar los gastos educativos

Consulte la sección "Determinación de los ingresos del grupo familiar" de su manual de procedimientos para obtener más exclusiones de ingresos y situaciones especiales relacionadas con los ingresos.

V. DETERMINAR EL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

Las siguientes definiciones serán útiles para determinar el tamaño del grupo familiar.

| Tema | Definición |
|--|---|
| Grupo familiar | Un grupo de personas que son o no son familiares entre sí y que no son residentes de una institución o pensión, pero que viven como una unidad económica. |
| Unidad económica | Un grupo de personas que son o no son familiares entre sí y que comparten vivienda o todos los ingresos y los gastos significativos de sus miembros. Generalmente, los individuos que residen en una misma casa son una unidad económica. Sin embargo, más de una unidad económica puede residir conjuntamente en una misma casa. Las unidades económicas separadas en una misma casa se caracterizan por el prorrateo de gastos y la independencia económica entre sí. |
| Grupo familiar del Programa de asistencia para comida | Cualquier individuo o grupo de individuos que actualmente esté certificado para recibir beneficios según el Programa de asistencia para comida (también conocido como SNAP o Programa de cupones para comida). |
| Unidad de Asistencia TANF | Cualquier persona o grupo de personas que actualmente está certificado para recibir asistencia según el Programa de asistencia temporal para familias necesitadas. |
| Menor lejos en la escuela | Los estudiantes que están temporalmente fuera de la escuela (por ejemplo, los estudiantes que asisten a internados o universidades) deben contarse como miembros del grupo familiar. |
| Menor de crianza temporal | Un menor de crianza temporal es un menor que vive con un grupo familiar, pero que permanece bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia social o del tribunal. |
| Menor viviendo con un padre/madre, familiares o amigos | En los casos en que ninguna agencia de asistencia social específica o ningún tribunal sea legalmente responsable del menor, o cuando el menor viva con uno de los padres, con otros familiares o con amigos de la familia, se considera que el menor es un miembro del grupo familiar con el que vive. En este caso, el tamaño y los ingresos totales de ese grupo familiar se usan para determinar la elegibilidad del menor. |
| Menor adoptado | Un menor adoptado, por el que un grupo familiar ha aceptado la responsabilidad legal, se considera miembro de ese grupo familiar. |
| Menor institucionalizado | Un menor institucionalizado es un menor que reside en un centro de tipo residencial que el estado ha determinado que no es un internado. Tal menor se considera un grupo familiar de uno. |
| Estudiante que asiste a una institución | Un estudiante que asiste, pero no reside en una institución se considera miembro del grupo familiar en el que reside. |
| Familias militares | Fuerzas Armadas: El personal militar, ya sea que viva con el grupo familiar o esté desplegado, se considera miembro del grupo familiar. Si vive con el grupo familiar, los ingresos del miembro del servicio se incluyen como ingresos del grupo familiar. Si está desplegado, solo la parte de los ingresos del miembro desplegado del servicio que está disponible para el grupo familiar se incluye como ingresos del grupo familiar. |

VI. DESCRIPCIÓN DE LOS FORMULARIOS INCLUIDOS EN ESTA GUÍA

Directrices de elegibilidad de ingresos: Las Directrices de elegibilidad de ingresos actuales se incluyen para su uso cuando se aprueben nuevas solicitudes para comidas gratis o de precio reducido. Las directrices de ingresos están en vigor desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024.

Comunicado de prensa (versiones sin precios y con precios): Los nuevos centros independientes y los patrocinadores que agregan nuevos centros deben enviar un comunicado de prensa a un servicio de medios local. El comunicado de prensa debe incluir las Directrices de elegibilidad de ingresos para comidas gratis y para comidas a precio reducido. Use el comunicado de prensa apropiado para su tipo de programa (la mayoría de los centros son del plan sin precios).

Solicitud de comidas gratis y a precio reducido (inglés, español y criollo haitiano): La solicitud se usa para establecer la categoría de elegibilidad de un menor (gratis, a precio reducido o no necesitado) y es válida por un año a partir del mes en que la determinación de elegibilidad estaba en vigor.

- **Formulario combinado:** este formulario incluye datos de información sobre la participación infantil. Cuando usa este formulario, el padre/madre debe completar los datos de participación del menor, y el PASO 5 (firmado y con fecha). De lo contrario, este formulario no servirá como un Formulario de participación del menor válido y se debe completar un Formulario de participación del menor por separado.

Carta para padres (versión sin precios: inglés, español y criollo haitiano; versión con precios: solo inglés): Se exige que todos los centros independientes y los patrocinadores de los centros distribuyan una carta a los padres (grupos familiares) con la Solicitud de comidas gratis o a precio reducido. Si el centro tiene un área donde los padres completan las solicitudes de comidas, la Carta para padres puede publicarse en esa área para que los padres la lean. Los padres deben leer la carta para padres y las instrucciones de solicitud de comidas (en la parte de atrás del formulario de solicitud) para que entiendan el propósito de la solicitud y qué ingresos deben declararse. Use la Carta para padres apropiada para su tipo de programa (la mayoría de los centros son del plan sin precios).

Solicitud de inscripción para el cuidado infantil (inglés, español y criollo haitiano): Este formulario se puede usar para inscribir a los menores en el cuidado infantil si el centro aún no tiene un formulario de inscripción que use. Cada menor que asiste al centro debe tener un formulario de inscripción completo y firmado por su padre/madre/tutor en el momento de la inscripción en el centro. El formulario de inscripción debe estar anualmente revisado por el padre/madre/tutor, actualizado (si es necesario) y firmado nuevamente por el padre/madre/tutor; o el centro puede pedir que los padres completen nuevos formularios de inscripción una vez al año. Tenga en cuenta que no se exige un formulario por separado para inscribir a los menores en el Programa de Programa de comida para el cuidado infantil.

Formulario de participación infantil (inglés, español y criollo haitiano): Este formulario se debe usar cuando el centro usa un formulario de inscripción o la Solicitud estándar de comidas gratis y a precio reducido que no incluye la información de participación infantil.

Lista de inscripción (ciclo de agosto a julio y ciclo de octubre a septiembre): La lista de inscripción se usa para rastrear las categorías de elegibilidad de comidas (gratis, a precio reducido y para no necesitados) de los menores inscritos durante un período de un año. Los menores se mencionan en orden alfabético en la lista. Los centros o patrocinadores tienen la opción de usar el año fiscal federal, del 1 de octubre al 30 de septiembre, o un año del 1 de agosto al 31 de julio. Los formularios para ambos ciclos anuales se incluyen en esta guía y en MIPS. Las instrucciones para mantener la lista están en la parte de atrás del formulario.

Formulario de consolidación de listas de inscripción: Este formulario se puede usar para consolidar los números de varias páginas de listas alfabéticas.

Procedimientos de cobranza para programas con precios: Esto se usa solo en programas con precios para documentar el método del centro para cobrar los pagos de comidas.

Nota: Se debe mantener una copia de todos los expedientes relacionados con el CCFP en los archivos de la oficina de la institución para fines de control y auditoría durante los tres años fiscales anteriores más el año fiscal en curso o, si hay una auditoría pendiente, hasta que se cierre la auditoría.

Florida Department of Health

Child Care Food Program

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

Effective July 1, 2023 – June 30, 2024

FREE MEAL SCALE

| HOUSEHOLD SIZE | ANNUAL | MONTHLY | TWICE PER MONTH | BIWEEKLY | WEEKLY |
|--|--------|---------|-----------------|----------|--------|
| 1 | 18,954 | 1,580 | 790 | 729 | 365 |
| 2 | 25,636 | 2,137 | 1,069 | 986 | 493 |
| 3 | 32,318 | 2,694 | 1,347 | 1,243 | 622 |
| 4 | 39,000 | 3,250 | 1,625 | 1,500 | 750 |
| 5 | 45,682 | 3,807 | 1,904 | 1,757 | 879 |
| 6 | 52,364 | 4,364 | 2,182 | 2,014 | 1,007 |
| 7 | 59,046 | 4,921 | 2,461 | 2,271 | 1,136 |
| 8 | 65,728 | 5,478 | 2,739 | 2,528 | 1,264 |
| For each additional family member, add | +6,682 | +557 | +279 | +257 | +129 |

REDUCED-PRICE MEAL SCALE

| HOUSEHOLD SIZE | ANNUAL | MONTHLY | TWICE PER MONTH | BIWEEKLY | WEEKLY |
|--|--------|---------|-----------------|----------|--------|
| 1 | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| For each additional family member, add | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

Remember: The total income before taxes, social security, health benefits, union dues, or other deductions, must be reported.

Florida Department of Health

Child Care Food Program

NEWS RELEASE

(for non-pricing programs)

_____ announces its intent to participate in the
Organization Name
U.S. Department of Agriculture's Child Care Food Program, which is a federally funded program that reimburses child care providers for serving nutritious meals and snacks to enrolled, eligible children. Meals will be available at no separate charge to all participants enrolled at the center(s) listed below, regardless of race, color, national origin, sex, age, or disability.

Name of Center(s)

Full Address of Center(s) (Street Address, City, State, Zip)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Parents/guardians of children eligible for free and reduced-price meals must complete an application. Eligibility information includes the names of all household members; income of each household member or household member's Food Assistance Program (formerly known as the Food Stamp Program) case number or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number; signature of an adult household member; and, if the application includes income information, the last four digits of the social security number (SSN) of the adult household member signing the application or an indication that this adult does not have a SSN.

Children who are members of households receiving Food Assistance Program or TANF benefits, children enrolled in Head Start or Early Head Start, and foster children are automatically eligible to receive free meal benefits with appropriate documentation.

Children from families whose income is at or below the levels shown on the chart below are eligible for free or reduced-price meals. The policy statement for free and reduced-price meals is on file at the child care center(s) and may be reviewed by any interested party.

Income Eligibility Guidelines (Effective July 1, 2023 – June 30, 2024)

| Household Size | Free Meals | | | Reduced-Price Meals | | |
|-----------------------------|------------|---------|--------|---------------------|---------|--------|
| | Annual | Monthly | Weekly | Annual | Monthly | Weekly |
| 1 | 18,954 | 1,580 | 365 | 26,973 | 2,248 | 519 |
| 2 | 25,636 | 2,137 | 493 | 36,482 | 3,041 | 702 |
| 3 | 32,318 | 2,694 | 622 | 45,991 | 3,833 | 885 |
| 4 | 39,000 | 3,250 | 750 | 55,500 | 4,625 | 1,068 |
| 5 | 45,682 | 3,807 | 879 | 65,009 | 5,418 | 1,251 |
| 6 | 52,364 | 4,364 | 1,007 | 74,518 | 6,210 | 1,434 |
| 7 | 59,046 | 4,921 | 1,136 | 84,027 | 7,003 | 1,616 |
| 8 | 65,728 | 5,478 | 1,264 | 93,536 | 7,795 | 1,799 |
| For each add'l member, add: | +6,682 | +557 | +129 | +9,509 | +793 | +183 |

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

(continued on next page)

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

FOR ORGANIZATION USE ONLY

Submit a copy of both pages of this News Release form as a free public service announcement to **at least one local media source (newspaper; television or radio station)**. Indicate below name(s) of local media outlet(s) to which the news release was sent:

- | | |
|----------|------------------|
| 1. _____ | Date sent: _____ |
| 2. _____ | Date sent: _____ |
| 3. _____ | Date sent: _____ |

Florida Department of Health

Child Care Food Program

NEWS RELEASE

(for pricing programs)

_____, located at _____,
Center Name Full Center Address

announces its intent to participate in the U.S. Department of Agriculture's Child Care Food Program, which is a federally funded program that reimburses child care providers for serving nutritious meals and snacks to enrolled, eligible children. Meals will be available at a separate charge to all participants, regardless of race, color, national origin, sex, age, or disability.

Children may buy lunch/supper for _____; breakfast for _____; and snacks for _____. Children from families whose income is at or below the levels shown on the chart below are eligible for free or reduced-price meals. Reduced-price meals cost 40 cents for lunch/supper, 30 cents for breakfast, and 15 cents for snacks.

Parents/guardians of children eligible for free or reduced-price meals must complete an application. Eligibility information includes the names of all household members; income of each household member or household member's Food Assistance Program (formerly known as the Food Stamp Program) case number or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number; signature of an adult household member; and, if the application includes income information, the last four digits of the social security number (SSN) of the adult household member signing the application or an indication that this adult does not have a SSN.

Children who are members of households receiving Food Assistance Program or TANF benefits, children enrolled in Head Start or Early Head Start, and foster children are automatically eligible to receive free meal benefits with appropriate documentation.

Children from families whose income is at or below the levels shown on the chart below are eligible for free or reduced-price meals. The policy statement for free and reduced-price meals is on file at the child care center(s) and may be reviewed by any interested party.

Income Eligibility Guidelines (Effective July 1, 2023 – June 30, 2024)

| Household Size | Free Meals | | | Reduced-Price Meals | | |
|----------------------------------|------------|---------|--------|---------------------|---------|--------|
| | Annual | Monthly | Weekly | Annual | Monthly | Weekly |
| 1 | 18,954 | 1,580 | 365 | 26,973 | 2,248 | 519 |
| 2 | 25,636 | 2,137 | 493 | 36,482 | 3,041 | 702 |
| 3 | 32,318 | 2,694 | 622 | 45,991 | 3,833 | 885 |
| 4 | 39,000 | 3,250 | 750 | 55,500 | 4,625 | 1,068 |
| 5 | 45,682 | 3,807 | 879 | 65,009 | 5,418 | 1,251 |
| 6 | 52,364 | 4,364 | 1,007 | 74,518 | 6,210 | 1,434 |
| 7 | 59,046 | 4,921 | 1,136 | 84,027 | 7,003 | 1,616 |
| 8 | 65,728 | 5,478 | 1,264 | 93,536 | 7,795 | 1,799 |
| For each additional member, add: | +6,682 | +557 | +129 | +9,509 | +793 | +183 |

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

(continued on next page)

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

FOR ORGANIZATION USE ONLY

Submit a copy of both pages of this News Release form as a free public service announcement to **at least one local media source (newspaper; television or radio station)**. Indicate below name(s) of local media outlet(s) to which the public news release was sent:

- | | |
|----------|------------------|
| 1. _____ | Date sent: _____ |
| 2. _____ | Date sent: _____ |
| 3. _____ | Date sent: _____ |

Free and Reduced-Price Meal Application – Combo Form

The Combo Form on the following pages, includes child participation data as well as eligibility determination data.

NOTE: If the parent does not complete the child participation information on this form, the child participation data must be collected on the Enrollment Form or the Child Participation Form. In this case, the Free and Reduced-Price Meal Application can still be used if the required information on Page 6 (Table A. Information Required on the Free and Reduced-Price Meal Application) of the Eligibility Guide is completed by the parent.

| Form | Instructions |
|--|--|
| Free and Reduced-Price Meal Application – Combo Form | Parents should do the following: <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="597 814 1424 877">1. Print the primary hours of care for the child at the top of the form.<li data-bbox="597 913 1424 976">2. Circle the days of the week the child primarily attends the child care center.<li data-bbox="597 1012 1424 1075">3. Circle the meals that they expect the child to receive while in care.<li data-bbox="597 1110 1424 1207">4. Complete the remainder of the Free and Reduced-Price Meal Application – Combo Form as you would the Free and Reduced-Price Meal Application – Standard Form. |

CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION - COMBO

Child's Name: _____ Center Name & Address: _____

Primary Hours of Care: From: _____ To: _____ Days of the Week in Care: M T W TH F S S Meals Typically Served While in Care: BR MS LU AS SU ES None

Please read the instructions and accompanying Parent Letter before completing this form. If you need assistance completing this form, call: (_____) _____

STEP 1: Complete the following table for all INFANTS and CHILDREN through age 18 that reside in the household, even if not related. (include child listed at top of form)

| Child's Name (Last Name, First Name) | Date of Birth | Attends this center? (circle) | Foster Child? (circle) | Migrant? (circle) | Homeless/Runaway? (circle) |
|--------------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|
| | | Yes No | Yes No | Yes No | Yes No |
| | | Yes No | Yes No | Yes No | Yes No |
| | | Yes No | Yes No | Yes No | Yes No |
| | | Yes No | Yes No | Yes No | Yes No |

STEP 2: Do any household members (children or adults) receive Food Assistance Program (FAP/SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits?

If NO, go to STEP 3. If YES, enter one of the following case numbers, then go to STEP 5.

FAP/SNAP Case Number: |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|| or TANF Case Number: |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||

STEP 3: Children's Income Information (see reverse side for what types of income to report) (skip this step if you listed a case # in STEP 2)

Children's Income – sometimes children earn or receive income. Enter the total income received by all children listed in STEP 1, then check how often the income is received.

Children's income – Total: \$ _____ How often received? (check only one): Weekly Bi-Weekly Twice a Month Monthly Annually

STEP 4: Household income and adult household member information (see reverse side for what types of income to report) (skip this step if you listed a case # in STEP 2)

Adult Household Members and Income – list all adult household members (age 19 and up) even if they do not receive income. For each adult, list the total gross income (before taxes & deductions) from each source in whole dollars only (no cents) and how often it is received (i.e., weekly, bi-weekly, twice a month, monthly, or annually). For an adult that does not receive income from any source, write "none" or "0." If you enter "none" or "0" or leave any income fields blank, you are certifying that there is no income to report.

| Adult Household Member's Name (Last Name, First Name) | Earnings from Work (\$ Amount / How often?) | Public Assistance/Child Support/Alimony (\$ Amount / How often?) | Pensions/Retirement/All Other Income (\$ Amount / How often?) |
|---|--|--|---|
| | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually |
| | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually | \$ / Weekly Biweekly Monthly Twice a Month Annually |

Total Household Members (Add STEP 1 & 4): _____ Last four digits of Social Security Number (SSN) of adult household member: |__||__||__||__| If no SSN, write "none."

STEP 5: Contact information and adult signature

By signing below, I am certifying (promising) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is being given in connection with the receipt of federal funds and that institution officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Home address (if available): _____ Daytime phone #: (_____) _____ - _____
Street Address, City, State, Zip Code

Signature of adult household member: _____ Printed name: _____ Date signed: _____

OPTIONAL: Child's ethnic and racial identities We are required to ask for information about your child's ethnicity and race. This information is important and helps make sure that we are fully serving the community. Responding to this section is optional and does not affect your child's eligibility for free or reduced-price meals. Ethnicity (check one): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (check one or more): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

FOR CONTRACTOR USE ONLY:

Categorical Eligibility: FAP/SNAP or TANF Household Foster Child Total Household Size: _____ Total Household Income: \$ _____

Eligibility Determination: Free Reduced-Price Non-needy How Often Income is Received (Frequency): Weekly Biweekly Twice a Month Monthly Annually

NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Reason for Non-needy Status: Income too High Incomplete Application Other Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Second Party Check Signature: _____ Date: _____

INSTRUCTIONS for completing the Free and Reduced-Price Meal Application (use a pen and print all information other than signature)

Print the name of the child you are applying for at the top of the form. Print the name and address of the child care center the child attends, if not already pre-printed. Print the primary hours of care for your child. Circle the days of the week your child primarily attends the child care center and the meals that you expect your child to receive while in care: breakfast (BR), morning snack (MS), lunch (LU), afternoon snack (AS), supper (SU), and/or evening snack (ES).

IF ANY MEMBER OF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES FOOD ASSISTANCE PROGRAM (FAP/SNAP) OR TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) BENEFITS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: **STEP 1:** List all children age 18 and under that are supported with the household’s income, even if they are not related to you. Be sure to include the child listed at the top of the form. If there is not enough space to list all children, use a second form and attach the forms together. List the date of birth of each child. In the next three columns, circle Yes or No to answer each question for each child listed. **STEP 2:** Enter either the FAP/SNAP or TANF case number in the designated space. The case number will be on your letter of eligibility; it is not the number on your EBT card. **STEP 3:** Skip this step. **STEP 4:** Skip this step. **STEP 5:** Enter your address and phone # (if available). An adult household member must sign the form. Print the name of the person who signed the form, then enter the date signed.

IF YOU ARE APPLYING FOR A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: With appropriate documentation, foster children are automatically eligible for free meals regardless of the income of the household where they reside. You have the option to provide the child care center with official documentation from the foster care agency or court that placed the child in the household, rather than completing this application. Should you choose to complete this application, and you are applying only for a foster child(ren), then only complete STEPS 1 and 5. If you are applying for foster and non-foster children, complete STEPS 1, 3, 4 and 5. If completing STEP 3, do not include payments to the household for the care of the foster child(ren). See the instructions listed below for the applicable steps.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: **STEP 1:** List all children age 18 and under that are supported with the household’s income, even if they are not related to you. Be sure to include the child listed at the top of the form. If there is not enough space to list all children, use a second form and attach the forms together. List the date of birth of each child. In the next three columns, circle Yes or No to answer each question for each child listed. **STEP 2:** Skip this step. **STEP 3:** Enter the total income received by all children listed in STEP 1, then check how often the income is received. **STEP 4:** List all adults age 19 and older that are supported with the household’s income, even if they are not related to you and even if they receive no income. If there is not enough space to list all adults, use a second form and attach the forms together. For each adult, list the amount of income he/she regularly receives before taxes or anything else is taken out and circle how often the income is received (frequency) in the appropriate columns. If self-employed, list net income. See examples below for sources of income to report. For any adult with no income, write “none” or “0.” Any income fields that are blank will also be counted as a zero (0). Enter the total number of household members (all children and adults), then list the last four digits of the social security number (SSN) of the adult completing/signing the application (or write NONE if he/she has no SSN). **STEP 5:** Enter your address and phone # (if available). An adult household member must sign the form. Print the name of the person who signed the form, then enter the date signed.

| Sources of Income for Children | | Sources of Income for Adults | | |
|---|---|---|---|---|
| Earnings from work | A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages | Earnings from Work | Public Assistance/ Alimony/Child Support | Pensions/Retirement/All Other Income |
| Social Security • Disability Payments • Survivor’s Benefits | <ul style="list-style-type: none"> • A child is blind or disabled and receives Social Security benefits • A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits | <ul style="list-style-type: none"> • Salary, wages, cash bonuses • Net income from self-employment (farm or business) | <ul style="list-style-type: none"> • Unemployment benefits • Worker’s compensation • Supplemental Security Income (SSI) • Cash assistance from State or local government • Alimony payments • Child support payments • Veteran’s benefits • Strike benefits | <ul style="list-style-type: none"> • Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) • Private pensions or disability benefits • Regular income from trusts or estates • Annuities • Investment income • Earned interest • Rental income • Regular cash payments from outside household |
| Income from person outside the household | A friend or extended family member regularly gives a child spending money | If you are in the U.S. Military: | | |
| Income from any other source | A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust | <ul style="list-style-type: none"> • Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances) • Allowances for off-base housing, food and clothing | | |

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that, unless you list a current Food Assistance Program (FAP/SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number or are applying for a foster child, you must include the last four digits of the Social Security Number (SSN) of the adult household member signing the application or indicate that the signer does not have a SSN. Providing the last four digits of a SSN is not mandatory, but if this information is not given or an indication is not made that the signer does not have a SSN, the application cannot be approved. The information provided on this form may be verified through program reviews, audits, and investigations and may include contacting employers to determine income, contacting a welfare office to verify receipt of FAP/SNAP or TANF benefits, contacting the state employment security office to determine the amount of benefits received, and checking any documentation produced by the household to prove the amount of income received. These verification efforts may result in a loss or reduction of benefits, administrative claims, or legal actions if incorrect information is reported. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs; auditors for program reviews; and law enforcement officials to help them investigate violations of program rules. **This institution is an equal opportunity provider. Please refer to the accompanying Parent Letter to read the full Nondiscrimination Statement**

INSTRUCCIONES para completar la Solicitud de comida gratis o a precio reducido (use un bolígrafo y escriba toda la información que no sea la firma)

Escriba el nombre del niño por el que está haciendo la solicitud en la parte superior del formulario. Escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado infantil al que asiste el niño. Escriba las principales horas de cuidado del niño en el centro. Marque con un círculo los días de la semana en que el niño normalmente asiste al centro de cuidado infantil y las comidas que espera que reciba el niño (D) desayuno, (MM) merienda de la mañana, (A) almuerzo, (MT) merienda de la tarde, (C) cena, (MN) merienda en la noche y/o ninguna.

SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION (FAP / SNAP) O BENEFICIOS DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: PASO 1: Enumere todos los menores de 19 años que reciben apoyo con los ingresos del hogar, incluso si no son sus familiares. Asegúrese de incluir al niño que figura en la parte superior del formulario. Si no hay suficiente espacio para enumerar a todos los niños, use un segundo formulario y engrápelo al primero. Anote la fecha de nacimiento de cada niño. En las siguientes tres columnas, encierre con un círculo Sí o No para responder a cada pregunta para cada niño en la lista. **PASO 2:** Ingrese el número de caso FAP / SNAP o TANF en el espacio designado. El número de caso estará en su carta de elegibilidad; no es el número en su tarjeta EBT. **PASO 3:** Salte este paso. **PASO 4:** Salte este paso. **PASO 5:** Escriba su dirección y número de teléfono (si está disponible). Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario. Escriba el nombre de la persona que firmó el formulario, luego ingrese la fecha de la firma.

SI USTED ESTÁ HACIENDO LA SOLICITUD POR UN MENOR EN CUIDADO TEMPORAL, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: Con la documentación apropiada, los niños en cuidado temporal son automáticamente elegibles para recibir comidas gratis, sin importar los ingresos del hogar donde residen. En lugar de completar esta solicitud, usted tiene la opción de proporcionar al centro de cuidado infantil la documentación oficial de la agencia de menores en cuidado temporal o del tribunal que colocó al niño en el hogar. Si elige completar esta solicitud, y está solicitando sólo para uno o más niños en cuidado temporal, complete solo los PASOS 1 y 5. Si la solicitud también incluye a niños de su familia, complete los PASOS 1, 3, 4 y 5 Si completa el PASO 3, no incluya pagos al hogar recibidos por el cuidado de los niños en cuidado temporal. Vea las instrucciones enumeradas a continuación para los pasos correspondientes.

PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: PASO 1: Escriba los nombres de todos los menores de 19 años que reciben apoyo con los ingresos del hogar, incluso si no son sus familiares. Asegúrese de incluir al niño que figura en la parte superior del formulario. Si no hay suficiente espacio para enumerar a todos los niños, use un segundo formulario y engrápelo al primero. Anote la fecha de nacimiento de cada niño. En las siguientes tres columnas, encierre en un círculo Sí o No para responder a cada pregunta para cada niño en la lista. **PASO 2:** Salte este paso. **PASO 3:** Escriba el ingreso total recibido por todos los niños enumerados en el PASO 1, luego indique con qué frecuencia se recibe el ingreso. **PASO 4:** Enumere a todos los adultos (19 años y mas) que reciben apoyo con los ingresos del hogar, incluso si no son sus familiares e incluso si no reciben ingresos. Si no hay suficiente espacio para enumerar a todos los adultos, use un segundo formulario y engrápelo al primero. Para cada adulto, indique la cantidad de ingresos que recibe regularmente antes de que se retiren los impuestos o cualquier otra cosa y marque con un círculo la frecuencia con la que se reciben los ingresos en las columnas correspondientes. Si trabaja por cuenta propia, indique el ingreso neto. Vea el recuadro a continuación para conocer las fuentes de ingresos a reportar. Para cualquier adulto sin ingresos, escriba "ninguno" o "0". Cualquier campo de ingreso que esté en blanco también se contará como cero (0). Ingrese el número total de miembros del hogar (todos los niños y adultos), luego anote los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del adulto que completa / firma la solicitud (o escriba NINGUNO si él / ella no tiene SSN). **PASO 5:** Escriba su dirección y número de teléfono (si está disponible). Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario. Escriba el nombre de la persona que firmó el formulario, luego ingrese la fecha de la firma.

| Fuentes de ingresos para menores | | Fuentes de ingresos para adultos | | |
|---|--|---|--|---|
| Ganancias del trabajo | Menor con un trabajo de tiempo completo o medio tiempo por el que gana un sueldo o salario | Ganancias del trabajo | Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención infantil | Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos |
| Seguro Social | <ul style="list-style-type: none"> Menor ciego o discapacitado que recibe beneficios del Seguro Social Padre discapacitado, jubilado o fallecido cuyo hijo recibe beneficios del Seguro Social | <ul style="list-style-type: none"> Sueldo, salario o valores en efectivo Ingresos netos de trabajo autónomo (granja o empresa) | <ul style="list-style-type: none"> Beneficios por desempleo Compensación laboral Seguridad de ingresos suplementario (SSI) Ayuda en efectivo del gobierno local o estatal Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención infantil Beneficios para veteranos Beneficios por huelga | <ul style="list-style-type: none"> Seguro Social (que incluye jubilación de empleados ferroviarios y cobertura por enfermedad del pulmón negro) Beneficios por discapacidad o pensiones privadas Ingresos periódicos de fideicomisos o propiedades Anualidades Ingresos de inversiones Intereses devengados Ingresos recibidos por alquileres Pagos periódicos en efectivo de fuentes fuera del hogar |
| Ingresos de una persona que no vive en el hogar | Amigo o miembro de su familia extendida que le da dinero regularmente a un menor para gastos incidentales | Si está en el Ejército de los Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> Sueldo básico y valores en efectivo (NO incluya paga por combate, FSSA ni mensualidades para costear viviendas privadas) Mensualidades para costear viviendas fuera de la base, alimentos y ropa | | |
| Ingresos de cualquier otra fuente | Menor que recibe ingresos periódicamente de un fondo privado de jubilaciones y pensiones, una anualidad o un fideicomiso | | | |

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell exige que, a menos que mencione un número de caso actual del Programa de Ayuda para Alimentos (FAP/SNAP) o de Asistencia Temporal a las Familias Necesitadas (TANF), o que complete una solicitud para un menor en cuidado temporal, debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del adulto del hogar que firma la solicitud, o indicar que el firmante no tiene un SSN. Si bien brindar los últimos cuatro dígitos del SSN no es obligatorio, si no se proporciona esta información ni se indica que el firmante no tiene un SSN, no se podrá aprobar la solicitud. Es posible que se verifique la información que figura en este formulario en revisiones de programas, auditorías e investigaciones, y esto podría incluir la comunicación con empleadores para determinar los ingresos, con una oficina de prevención social para verificar la recepción de beneficios del FAP/SNAP o TANF, con la oficina estatal de seguridad de empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y la comprobación de los documentos presentados para demostrar la cantidad de ingresos que recibe. Estas medidas de verificación pueden conllevar pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se brinda información incorrecta. Puede que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de cada programa; con auditores para la revisión de programas, y con funcionarios policiales para ayudarlos a investigar las violaciones a las normas de los programas.

Esta es una institución de igualdad de oportunidades. Consulte la carta para padres adjunta para leer la declaración de no discriminación completa.

**APLIKASYON POU REPA GRATIS AK REPA POU PRI REDUI NAN PWOGRAM MANJE NAN GADRI
(CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION – COMBO)**

Non Timoun lan: _____ Non ak Adrès Sant lan: _____
 Orè Prensipal Gadri a: Ant: _____ Ak: _____ Jou Lasemèn nan Gadri a: L M M JE V S D Anjeneral Nou Bay Repa yo pandan Timoun yo nan Gadri a: BR MS LU AS SU ES Okenn
 Tanpri li enstwisyon yo ak Lèt akonpayman Paran an anvan ou ranpli fòm sa a. Si ou bezwen èd pou ranpli fòm sa a, rele nimewo: (_____) _____ – _____

ETAP 1: Ranpli tablo ki anba la a pou tout TIBEBE ak TIMOUN ki gen jiska laj 18 tan epi k ap viv nan kay la, si youn pa anyen pou lòt. (mete timoun ki endike anlè fòm nan)

| Non Timoun nan (Non Fanmi, Prenon) | Dat Li Fèt | Enskri nan sant sa a? (fè wonn nan youn) | Timoun yo Mete nan Fanmi Akèy? (fè wonn nan youn) | Migran? (fè wonn nan youn) | Sanzabri/Timoun ki Sove? (fè wonn nan youn) |
|------------------------------------|------------|--|---|----------------------------|---|
| | | Wi Non | Wi Non | Wi Non | Wi Non |
| | | Wi Non | Wi Non | Wi Non | Wi Non |
| | | Wi Non | Wi Non | Wi Non | Wi Non |
| | | Wi Non | Wi Non | Wi Non | Wi Non |

ETAP 2: Èske nenpòt moun k ap viv nan kay la (timoun oswa granmoun) resevwa avantaj nan Pwogram Èd Manje (FAP/SNAP) oswa Èd pou yon Ti Tan pou Fanmi ki nan Nesesite (TANF)

Si ou reponn NON, ale nan ETAP 3. Si ou reponn WI, antre youn nan nimewo kaz sa yo, answit ale nan ETAP 5.
 Nimewo Dosye FAP/SNAP: _____ oswa Nimewo Dosye TANF: _____

ETAP 3: Enfòmasyon sou Revni Timoun nan (gade bò paj sa a pou ki kalite revni pou rapòte) (sote etap sa a si ou te endike yon nimewo dosye nan ETAP 2)

Revni Timoun yo – pafwa timoun yo touche oswa resevwa revni. Antre revni total tout timoun ki endike nan ETAP 1 yo resevwa, answit tcheke konbyen fwa yo resevwa revni an.
 Revni total timoun yo: \$ _____ Konbyen fwa yo resevwa revni an? (chwazi yon sèl): Pa Semèn Chak De Semèn De Fwa Pa Mwa Pa Mwa Pa Ane

ETAP 4: Revni kay la ak enfòmasyon sou manm adilt nan kay la (gade bò paj sa a pou ki kalite revni ou dwe rapòte)(sote etap sa a si out e endike yon nimewo dosye non ETAP 2)

Granmoun ki nan Kay la ak Revni yo – endike tout granmoun ki nan kay la (laj 19 ane ak plis) menmsi yo pa resevwa revni. Pou chak granmoun, endike revni total brit a (anvan taks ak dediksyon) nan chak sous an dola antye sèlman (pa mete santim) ak kantite fwa yo resevwa revni an (pa egzanp, pa semèn, chak de semèn, de fwa pa mwa, pa mwa, oswa pa ane). Pou yon granmoun ki pa resevwa revni nan okenn sous, ekri "okenn" oswa "0." Si ou antre "okenn" oswa "0" oswa si ou kite nenpòt espas pou mete revni vid, ou konfime pa gen revni pou rapòte.

| Non Granmoun ki nan Kay la (Non Fanmi, Prenon) | Salè nan Travay (Kantite Lajan an \$ / Konbyen fwa?) | Èd Piblik/Sipò Timoun/Pansyon Alimantè (Kantite Lajan an \$ / Konbyen fwa?) | Pansyon/Retrèt/Tout Lòt Revni (Kantite Lajan an \$ / Konbyen fwa?) |
|--|---|---|--|
| | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane |
| | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane | \$ _____ / Pa Semèn Chak De Semèn Pa Mwa De Fwa pa Mwa Pa Ane |

Kantite Total Moun ki nan Kay la (timoun ak granmoun): _____ Kat dènye chif Nimewo Sekirite Sosyal (SSN) granmoun ki nan kay la: _____ Si ou pa gen SSN, ekri "okenn."

ETAP 5: Enfòmasyon pou pran kontak ak siyati granmoun

Depi mwen siyen anba la a, mwen konfime (pwomèt) tout enfòmasyon ki sou aplikasyon sa a se enfòmasyon ki vrè, epitou mwen rapòte tout revni yo. Mwen rekonèt mwen bay enfòmasyon sa yo anrapò avèk resepsyon lajan federal epitou ofisyèl enstitisyon an ka verifiye (tcheke) enfòmasyon yo. Mwen konnen si mwen fè espere pou bay fo enfòmasyon, yo ka pouswiv mwen nan lajistis anba lwa leta ak lwa federal ki anvige.

Adrès kay (si ou genyen): _____ Nimewo telefòn pou kontak lajounen: (_____) _____ – _____
 Nimewo Kay, Vil, Eta, Kòd Postal

Siyati granmoun ki nan kay la: _____ Non an lèt detache: _____ Dat siati a: _____

PA OBLIGATWA: Idantite etnik ak ras timoun nan Nou gen obligasyon pou mande enfòmasyon sou etnisite ak ras pitit ou. Enfòmasyon sa yo enpòtan epi ap ede asire nou bay sèvis okonplè pou kominote a. Ou pa gen obligasyon pou reponn seksyon sa a epi si ou pa reponn li sa p ap afekte kalifikasyon pitit pou repa gratis oswa pou pri redui.

Ethnicity (check one): Ispanik oswa Latino-Ameriken Pa ni Ispanik ni Latino-Ameriken
 Race (check one or more): Amerendyen oswa Natifnatal Alaska Azyatik Ameriken Nwa oswa Afriken-Ameriken Natifnatal Hawaii oswa Lot Natifnatal Zile Pasifik Blan

FOR CONTRACTOR USE ONLY:

Categorical Eligibility: FAP/SNAP or TANF Household Foster Child **Total Household Size:** _____ **Total Household Income:** \$ _____
 Eligibility Determination: Free Reduced-Price Non-needy **How Often Income is Received (Frequency):** Weekly Biweekly Twice a Month Monthly Annually
NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12
 Reason for Non-needy Status: Income too High Incomplete Application Other Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Second Party Check Signature: _____ Date: _____
 Revised 6/2019 Page 1 of 2 U-009-02hc

ENSTWIKSYON pou ranpli Fòm Aplikasyon pou Repa pou Gratis ak Pri Redui (sèvi ak yon plim epi ekri tout enfòmasyon ki pa siyati ou an lèt detache)

Ekri non timoun ou aplike pou li a an lèt detache anlè pj fòm nan. Ekri non ak adrès sant gadri kote timoun nan ye a an lèt detache, si ou potko ekri yo an lèt detache anvan. Ekri orè prensipal gadri a pou pitit ou. Fè wonn nan jou semèn pitit ou ale nan sant gadri a sitou, epi repa ou mande pou pitit ou resevwa pandan li nan gadri a: dejene (BR), kolasyon maten (MS), repa (LU), kolasyon apremidi (AS), soupe (SU), ak/oswa kolasyon aswè (ES), oswa okenn.

SI NENPT NENPT MANM KAY OU RESEVWA PWOGRAM ASISTANS MANJE (FAP / SNAP) OSWA ASISTANS TANPORÈ POU FANMI NAN BEZWEN FANMI YO (TANF), SWIV ENSTRIKSYON SA YO: ETAP 1: Endike tout timoun ki gen 18 lane ki anba revni kay la, menm si yo pa gen rapò ak ou. Asire ou ke ou enkli timoun ki nan lis nan tèt fòm lan. Si pa gen ase espas pou mete lis tout timoun, itilize yon dezyèm fòm epi tache fòm yo ansanm. Ekri dat nesans chak timoun. Nan twa kolòn kap vini yo, fè wonn Wi oswa Non pou reponn chak kesyon pou chak timoun ki nan lis la. **ETAP 2:** Antre swa nimewo FAP / SNAP oswa TANF nan espas ki deziyen an. Nimewo ka a pral sou lèt kalifikasyon ou; se pa nimewo ki sou kat EBT ou. **ETAP 3:** Sote etap sa a. **ETAP 4:** Sote etap sa a. **ETAP 5:** Mete adrès ou ak nimewo telefòn ou (si ou disponib). Yon adilt nan kay la dwe siyen fòm lan. Ekri non moun ki siyen fòm nan, epi ekri dat ki siyen an.

SI W AP APLIKE POU YON PITIT OU KONNEN, SWIV ENSTRIKSYON SA YO: Avèk dokiman apwopriye, timoun adoptif yo kalifye otomatikman pou manje gratis kèlkeswa revni kay la kote yo abite. Ou gen opsyon pou bay sant gadri a dokiman ofisyèl ki soti nan ajans swen adoptif oswa tribinal la ki mete timoun nan kay la, olye pou ranpli aplikasyon sa a. Ou ta dwe chwazi ranpli aplikasyon sa a, epi ou ap aplike sèlman pou yon timoun adoptif (ren), Lè sa a, sèlman ranpli ETAP 1 ak 5. Si w ap aplike pou timoun adoptif ak moun ki pa adoptif, ranpli etap 1, 3, 4 ak 5. Si w ranpli etap 3, pa enkli peman nan kay la pou swen pou timoun adoptif la. Gade enstriksyon ki endike anba a pou etap aplikab yo.

TOUT LT KAY YO, SWIV ENSTRIKSYON SA YO: ETAP 1: Endike tout timoun ki gen 18 lane oswa mwens ki sipòte revni kay la, menm si yo pa gen rapò avèk ou. Asire ou ke ou enkli timoun ki nan lis nan tèt fòm lan. Si pa gen ase espas pou mete lis tout timoun, itilize yon dezyèm fòm epi tache fòm yo ansanm. Ekri dat nesans chak timoun. Nan twa kolòn kap vini yo, fè wonn Wi oswa Non pou reponn chak kesyon pou chak timoun ki nan lis la. **ETAP 2:** Sote etap sa a. **ETAP 3:** Mete revni total ou resevwa nan men tout timoun yo ki nan lis nan ETAP 1, Lè sa a, tcheke konbyen fwa revni a te resevwa. **ETAP 4:** Endike tout granmoun ki gen laj 19 ak plis ki sipòte ak revni kay la, menm si yo pa gen rapò ak ou e menm si yo pa resevwa okenn revni. Si pa gen ase espas pou mete lis tout granmoun, itilize yon dezyèm fòm epi tache fòm yo ansanm. Pou chak granmoun, endike kantite lajan revni li / li resevwa regilyèman anvan taks oswa nenpòt lòt bagay yo pran soti ak sèk konbyen fwa yo resevwa revni an (frekans) nan kolòn yo apwopriye. Si yon travayè endepandan, lis revni nèt. Gade egzanp ki anba a pou sous revni pou rapòte. Pou nenpòt granmoun ki pa gen okenn revni, ekri "okenn" oswa "0." Nenpòt jaden revni ki vid yo ap tou ap konte kòm yon zewo (0). Antre kantite total manm nan kay la (tout timoun ak granmoun), Lè sa a, bay lis kat dènye chif yo nan nimewo sekirite sosyal la (SSN) nan granmoun ki ranpli / siyen aplikasyon an (oswa ekri OKENN si li / li pa gen okenn SSN). **ETAP 5:** Mete adrès ou ak nimewo telefòn ou (si ou disponib). Yon adilt nan kay la dwe siyen fòm lan. Ekri non moun ki siyen fòm nan, epi ekri dat ki siyen an.

| Sous Revni pou Timoun yo | | Sous Revni pou Granmoun yo | | |
|---|--|--|---|---|
| Salè nan travay | Yon timoun gen yon djòb atan-pasyèl oswa atanplen kote li touche yon salè oswa salè pa èdtan | Salè nan Travay | Èd Piblik/ Pansyon Alimantè/Sipò Timoun | Pansyon Alimantè/Retrèt/Tout Lòt Revni |
| Sekirite Sosyal • Peman pou Andikap • Avantaj Sivivan | • Yon timoun avèg oswa andikape epi l ap resevwa avantaj Sekirite Sosyal • Yon paran andikape, retirete, oswa mouri, epi pitit li yo ap resevwa avantaj Sekirite Sosyal | • Salè, salè pa èdtan, bonis an lajan kach • Revni apre dediksyon nan travay endepandan (bitasyon agrikòl oswa biznis) | • Avantaj pou chomaj • Konpansasyon Travayè • Revni Sekirite Sipleman (SSI) • Èd lajan kach nan gouvènman Leta oswa nan gouvènman lokal. | • Sekirite Sosyal (ansanm ak avantaj retrèt nan chemennfè ak avantaj pou maladi nemokonyoz) • Avantaj pansyon prive oswa avantaj pou andikap • Revni regilye nan fideyikomi oswa byen imobilye • Anwite • Peman nan investisman • Enterè ou touche • Revni nan lwaye • Peman regilye an lajan kach ou touche nan men moun ki pa nan kay la |
| Revni ou touche nan men moun ki pa nan kay la | Yon zanmi oswa yon manm fanmi pwolonje bay yon timoun lajan depans souvan | Si ou nan Fòs Lame Etazini: • Salè debaz ak bonis an lajan kach (PA mete peman pou konba, FSSA, oswa alokasyon pou lojman privatize) • Alokasyon pou lojman lwen baz, manje ak rad | • Peman pansyon alimantè • Peman sipò timoun • Avantaj veteran • Avantaj pou grèv | |
| Revni nan nenpòt lòt sous | Yon timoun resevwa revni regilye nan yon fon pansyon prive, anwite, oswa fideyikomi | | | |

Lwa Nasyonal Richard B. Russell sou Repa Eskolè egzije pou ke, sof si ou mete yon lis Pwogram Asistans Manje aktyèl (FAP / SNAP) oswa Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Nesesite (TANF) oswa si ou aplike pou yon timoun adoptif, ou dwe mete kat dènye yo chif Nimewo Sekirite Sosyal (SSN) manm adilt nan kay la ki siyen aplikasyon an oswa endike siyatèr la pa gen yon SSN. Bay kat dènye chif yo nan yon SSN se pa obligatwa, men si enfòmasyon sa a pa bay oswa yon endikasyon ki pa te fèt ke siyatèr la pa gen yon SSN, aplikasyon an pa kapab apwouve. Enfòmasyon yo bay sou fòm sa a ka verifye atravè revizyon pwogram yo, verifikasyon, ak envestigasyon e ka gen ladan kontakte patwon yo pou detèmine revni, kontakte yon biwo asistans sosyal pou verifye resevwa benefis FAP / SNAP oswa TANF, pou kontakte biwo sekirite travay eta a pou detèmine montan benefis ou resevwa yo, epi tyeke nenpòt dokimantasyon kay la pwodui pou pwouve kantite lajan ou resevwa. Efò verifikasyon sa yo ka lakòz yon pèt oswa rediksyon nan benefis, reklamasyon administratif, oswa aksyon legal si yo rapòte enfòmasyon kòrèk. Nou ka pataje enfòmasyon kalifikasyon ou avèk pwogram edikasyon, sante ak nitrisyon pou ede yo evalye, finans, oswa detèmine benefis pou pwogram yo; oditè pou revizyon pwogram; ak ofisyèl lapolis pou ede yo mennen ankèt sou vyolasyon règ pwogram lan. **Enstitisyon sa a se yon founisè opòtinite egal. Tanpri gade nan Lèt Paran ki mache avèk li a pou li Deklarasyon sou diskriminasyon konplè a.**

PARENT LETTER FOR NON-PRICING PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

Date: _____

We participate in the Child Care Food Program (CCFP), which provides reimbursement for serving nutritious meals to enrolled children. All meals served must meet meal pattern requirements established by the U.S. Department of Agriculture (USDA). In the operation of USDA child feeding programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex, age, or disability.

The information requested on the attached Free and Reduced-Price Meal Application is necessary so that we may receive reimbursement for meals served to your child while in care. The amount of reimbursement we receive from the CCFP depends on the household income status of the enrolled children. Please complete the attached application, sign, date, and return it to the address listed below. **Please refer to the back of the application for full instructions.** Your application will be placed in our files and kept confidential.

Children from households that receive Food Assistance Program (formerly known as the Food Stamp Program) or TANF (Temporary Assistance for Needy Families) benefits are eligible for free meals. Children enrolled in Head Start or Early Head Start (HS/EHS) are eligible for free meals, subject to the submission of official, acceptable HS/EHS enrollment documentation. With proper documentation, HS/EHS children will not need Free and Reduced-Price Meal Applications. Foster children are eligible for free meals regardless of the income of the household with whom they reside, subject to the submission of official, acceptable foster care agency/court documentation or a Free and Reduced-Price Meal Application. Children from households with total incomes less than or equal to the levels listed below are eligible for either free or reduced-price meals.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES (Effective July 1, 2023 - June 30, 2024)

| HOUSEHOLD SIZE | ANNUAL | MONTHLY | TWICE PER MONTH | BIWEEKLY | WEEKLY |
|--|---------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|
| 1 | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| For each additional family member, add | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

HOW TO COMPLETE:

If any member of your household currently receives Food Assistance Program (FAP) or TANF benefits, then any child in the household is eligible for free meals. The application must include the child's name, the FAP or TANF case number, and the signature of an adult household member.

If completing a Free and Reduced-Price Meal Application for a foster child, the application must identify the child as a foster child, and include the child's name, any "personal use" income, and an adult's signature. Households wishing to apply for meal benefits for foster children should contact us if they have any questions.

If you do not list a FAP or TANF case number, or if the child is not a foster child, the application must include:

- the child's name;
- the names of all household members, including spouse, children, parents or other persons who live with you in the same household;

- the amount of income each person usually receives (before deductions for taxes, social security, etc.), how often it is received, and where it is from, such as wages, retirement, or public assistance. For self-employed persons, list net income. Net income is defined as gross receipts less operating expenses. For persons who do not receive any income, write "0" or "None";
- the signature of an adult household member; and
- the last four digits of the social security number of the adult household member who signed the application or the word "none" if that adult does not have a social security number.

VERIFICATION: Your application may be reviewed by the child care center or other officials at any time during the year to determine if it has been correctly approved. **CONFIDENTIALITY:** The information that you report will be used only to determine eligibility for free or reduced-price meals in the CCFP. **REAPPLICATION:** You may apply for free and reduced-price meals at any time during the year. If you are not eligible now but your household experiences a change, such as, a decrease in household income, an increase in household size, unemployment or receipt of Food Assistance Program or TANF benefits, then complete a new application.

Sincerely,

Name and Title of Child Care Center Representative

Name of Child Care Center

Address

Phone Number

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

CARTA A LOS PADRES EN PROGRAMAS SIN FIJACION DE PRECIOS (Parent Letter for Non-Pricing Programs)

Estimados Padre/Representante:

Fecha: _____

Nosotros participamos en el Programa de Alimentos para Cuidado de Niños (CCFP), el cual provee reembolso por comidas nutritivas servidas a niños inscritos. Todas las comidas que se sirven deben estar en conformidad con el criterio nutritivo fijado por el Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA). En las operaciones de los programas de alimentos del USDA, nadie será discriminado por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

La información requerida en la Aplicación para Alimentos de Precio Reducido o Gratis adjunta es necesaria para poder recibir reembolso por los alimentos servidos a su niño(s) mientras este bajo cuidado. El monto del reembolso recibido por el proveedor depende del nivel de ingresos de los niños bajo cuidado. Por favor complete la aplicación adjunta, firme la aplicación, coloque la fecha, y devuélvala a la dirección postal que se muestra abajo. **Por favor revise la parte de atrás de la aplicación con todas las instrucciones para completar la aplicación.** Su aplicación será colocada en nuestros archivos y se mantendrá confidencial.

Niños provenientes de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional (anteriormente conocido como Programa de Cupones de Alimentos) o TANF (Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas) son elegibles para comidas gratis. Niños inscritos en Head Start o Early Head Start (HS/EHS) califican para comidas gratis, sujetos a la entrega de los documentos oficiales y aceptables de inscripción en HS/EHS. Con la documentación apropiada, niños bajo HS/EHS no necesitaran llenar la Aplicación para Alimentos de Precio Reducido o Gratis. Niños bajo Cuidado Adoptivo Temporal califican para comidas gratis independientemente del ingreso del hogar en el que residen, esto es sujeto a la entrega de documentos oficiales y aceptables de la agencia de Adopción Temporal/documentación de la corte o de una Aplicación para Alimentos de Precio Reducido o Gratis. Niños en hogares donde el ingreso total es menor o igual a los niveles listados abajo califican para alimentos de precio reducido o gratis.

GUIA DE ELIGIBILIDAD EN BASE A INGRESOS (Efectivo Julio 1, 2023 - Junio 30, 2024)

| TAMANO DEL HOGAR | ANUAL | MENSUAL | DOS VECES AL MES | QUINCENAL | SEMANAL |
|----------------------------------|---------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| 1 | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| Por cada miembro adicional, sume | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

COMO COMPLETAR:

Si algún miembro del hogar actualmente recibe ayuda del Programa de Asistencia Nutricional (FAP) o beneficios TANF, entonces cualquier niño(a) es elegible para comidas gratis. La aplicación debe incluir el nombre del niño(a), el número de caso FAP o TANF, y la firma de un adulto miembro del hogar.

Si está completando la Aplicación para Alimentos de Precio Reducido o Gratis para un niño(a) bajo cuidado adoptivo temporal, su aplicación debe identificar al niño(a) bajo cuidado adoptivo temporal, incluir el nombre del niño(a), cualquier ingreso para "uso personal", y la firma de un adulto. Hogares que deseen aplicar para el beneficio alimentario para niños bajo cuidado adoptivo temporal pueden contactarnos si tienen alguna pregunta.

Si usted no lista un número de caso FAP o TANF, o si el niño(a) no está bajo cuidado adoptivo temporal, la aplicación debe incluir:

- el nombre del niño(a);

- el nombre de los miembros del hogar, incluyendo esposa(o), niños, padres o cualquier otra persona que viva en el mismo hogar;
- la cantidad de ingreso usualmente recibido por cada persona (antes de impuestos, seguro social, etc.), la frecuencia en la que es recibido, y su proveniencia, tal como, salario, jubilación, o asistencia pública. Si usted es su mismo empleador, liste su ingreso neto. Ingreso neto está definido como ingreso bruto recibido (incluyendo todo el dinero recibido de parte de los padres de los niños bajo cuidado y el reembolso del CCFP) menos gastos operacionales. Para las personas que no reciben ningún ingreso, escriba "0" o "Ninguno";
- la firma de un adulto miembro del hogar; y
- los cuatro últimos números de su seguro social o la palabra "ninguno" si no tiene número de seguro social.

VERIFICACION: Su aplicación puede ser revisada por el centro de cuidado infantil u otros oficiales durante el año para determinar si ha sido correctamente aprobada. **CONFIDENCIALIDAD:** La información que usted reporta será utilizada solo para determinar la elegibilidad para alimentos de precio reducido o gratis con el Programa de Alimentos para Cuidado de Niños **REAPLICACION:** Usted puede aplicar para alimentos de precio reducido o gratis en cualquier momento durante el año. Si usted no es elegible ahora, pero si en el futuro hay cambios en su hogar, tal como, disminución de ingresos, aumento del tamaño del hogar, desempleo o recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional o TANF, entonces complete una aplicación nueva.

Sinceramente,

Nombre y Posición del Representante del Centro de Cuidado Infantil

Nombre del Centro de Cuidado Infantil

Dirección

Número de Teléfono

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Powgram Manje nan Gadri
LÈT POU VOYE BA PARAN POU PWOGRAM SAN TARIF
(Parent Letter for Non-Pricing Programs)

Chè Paran/Responsab Legal:

Dat la: _____

Nou patisipe nan Pwogram Manje nan Gadri [Child Care Food Program (CCFP)], ki bay ranbousman pou sèvi manje pou timoun ki nan gadri a. Tout manje nou sèvi yo dwe satisfè kondisyon modèl manje Depatman Agrikilti Etazini [U.S. Department of Agriculture (USDA)] mete anplas. Nan operasyon pwogram USDA pou bay timoun manje, okenn moun p ap viktim pratik diskriminasyon akòz ras li, koulè po li, peyi kote li fèt, si li se fanm oswa gason, laj li oswa andikap li.

Enfòmasyon nou mande ou nan fòm Aplikasyon pou Manje Gratis ak Mane pou Pri Redui ou jwenn nan nesèsè pou nou ka resevwa ranbousman pou manje nou bay pitit ou pandan li nan gadri a. Kantite lajan ranbousman nou resevwa nan CCFP depannde sityasyon revni fanmi timoun ki nan gadri a. Tanpri ranpli fòm aplikasyon ou jwenn nan anvlòp la epi retounen li nan adrès ki endike anba la a. **Tanpri gade dèyè fòm aplikasyon an pou jwenn tout enstriksyon yo.** N ap mete aplikasyon ou nan dosye nou epi n ap kenbe li konfidansyèl.

Timoun nan fanmi k ap resevwa avantaj Pwogram Èd Manje [ki te rele Koupon pou Achte Manje (Food Stamp Program) anvan] kalifye pou manje gratis. Timoun ki antre nan pwogram Head Start oswa Early Head Start (HS/EHS) kalifye pou manje gratis, selon si paran yo bay dokiman enskripsyon HS/EHS ofisyèl ki akseptab. Avèk bon jan dokiman, timoun ki nan HS/EHS p ap bezwen Aplikasyon pou Manje Gratis ak Manje pou Pri Redui. Timoun ki nan fanmi akèy yo kalifye pou manje gratis kèlkeswa revni fanmi moun kay kote y ap viv la, selon si moun sa yo bay dokiman ajans plasman nan fanmi akèy/tribinal ki ofisyèl ak akseptab oswa yon fòm Aplikasyon pou Manje Gratis oswa pou Manje pou Pri Redui. Timoun ki nan kay ki gen revni total ki pi piti pase oswa ki egal a nivo ki endike anba la yo kalifye pou swa manje gratis oswa pou manje pou pri redui.

GID KALIFIKASYON DAPRE REVNI (Apati 1ye jiyè 2023 - 30 jwen 2024)

| KANTITE MOUN KI NAN KAY LA | REVNI CHAK ANE | REVNI PA MWA | REVNI DE FWA PA MWA | REVNI CHAK DE SEMÈN | REVNI PA SEMÈN |
|--------------------------------|----------------|--------------|---------------------|---------------------|----------------|
| 1 | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| Chak manm fanmi anplis, ajoute | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

KI JAN POU KOMPLET:

Si nenpòt moun lakay ou ap resevwa avantaj Pwogram Èd Manje [Food Assistance Program (FAP) oswa avantaj TANF nan moman an, lè sa a nenpòt timoun ki nan kay la kalifye pou manje gratis. Aplikasyon an dwe gen ladan non timoun nan, nimewo dosye FAP oswa nimewo dosye TANF, ak siyati yon adilt k ap viv nan kay la.

Si w ap ranpli yon Aplikasyon pou Manje Gratis ak Manje pou Pri Redui pou timoun ki nan fanmi akèy ou, aplikasyon an fèt pou idantifye timoun nan kòm yon timoun ki nan fanmi akèy, epitou li dwe gen ladan non timoun nan, nenpòt revni pou "itilizasyon pèsònèl" timoun nan, ak siyati yon adilt. Fanmi ki vle aplike pou avantaj manje pou timoun ki nan fanmi akèy ta dwe kontakte nou si yo gen nenpòt kesyon.

Si ou pa bay yon nimewo dosye FAP oswa yon nimewo dosye TANF, oswa si pitit ou pa nan yon fanmi akèy, men sa ki dwe nan aplikasyon an:

- non timoun nan;
- non tout moun ki lakay ou, ansanm ak madanm/mari ou, pitit ou yo, paran ou yo ak lòt moun k ap viv avèk ou nan menm kay la;

- kantite lajan revni chak moun resevwa anjeneral (anvan dediksyon pou taks, sekirite sosyal, elatriye), kantite fwa moun nan resevwa revni an, ak sous revni an, tankou salè pa èdtan, retrèt, oswa èd piblik. Pou moun ki se travayè endepandan, endike revni apre dediksyon. Revni apre dediksyon defini kòm revni anvan dediksyon mwens depans fonksyonman. Pou moun ki pa resevwa okenn revni, ekri "0" oswa "Okenn.";
- siyati yon adilt k ap viv nan kay la; ak
- kat (4) dènye chif nimewo sekirite sosyal adilt k ap viv nan kay la ki te siyen aplikasyon an oswa mo "okenn" si adilt sa a pa gen yon nimewo sekirite sosyal.

VERIFIKASYON: Ofisyèl sant gadri a oswa lòt ofisyèl ka verifye aplikasyon ou nenpòt kilè pandan ane pou detèmine si yo te apwouve aplikasyon an kòrèkteman. **KONFIDANSYALITE:** N ap itilize enfòmasyon ou rapòte yo sèlman pou detèmine si pitit ou kalifye pou manje gratis oswa pou manje pou pri redui nan CCFP. **RE-APLIKASYON:** Ou ka aplike pou manje gratis ak manje pou pri redui nenpòt kilè pandan ane a. Si ou pa kalifye kounye a men fanmi ou gen yon chanjman, tankou yon diminyasyon nan revni fanmi an, yon ogmantasyon nan kantite moun ki nan kay la, chomaj oswa si fanmi an ap resevwa avantaj Pwogram Èd Manje (Food Assistance Program) oswa avantaj TANF, lè sa a ou dwe ranpli yon nouvo fòm aplikasyon.

Ak tout kè nou,

Non ak Tit Reprezantan Sant Gadri a

Non Sant Gadri a

Adrès

Nimewo Telefòn

Dapre lwa sou dwa sivil federal ak règleman ak politik Depatman Agrikilti Ameriken (USDA), enstitisyon sa a entèdi pou fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, sèks (ki gen ladan idantite sèks ak oryantasyon seksyèl), andikap, laj, oswa reprezay oswa revanj pou aktivite anvan dwa sivil yo.

Yo kapab mete enfòmasyon sou pwogram yo disponib nan lòt lang ki pa Angle. Moun ki gen andikap ki bezwen lòt mwayen kominikasyon pou jwenn enfòmasyon sou pwogram yo (pa egzanp, Bray, gwo lèt, kasèt odyo, Lang siy Ameriken), ta dwe kontakte responsab Ajans Eta oswa lokal ki administre pwogram lan oswa USDA's TARGET Center nan (202) 720-2600 (vwa ak TTY) oswa kontakte USDA atravè Sèvis Relay Federal la nan (800) 877-8339.

Pou depoze yon plent pou diskriminasyon nan pwogram lan, yon moun k ap pote plent ta dwe ranpli yon Fòm AD-3027, Ou kapab jwen yon Fòmilè pou Plent sou Diskriminasyon nan Pwogram USDA a sou Entènèt nan: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-haitian-creole.pdf>, nan nenpòt biwo USDA, lè w rele 866)-632-9992, oswa lè w ekri yon lèt ki adrese bay USDA. Lèt la dwe genyen non moun k ap pote plent lan, adrès, nimewo telefòn, ak yon deskripsyon alekri sou swadizan aksyon diskriminatwa a ak ase detay pou enfòmasyon Asistan Sekretè Dwa Sivil la (ASCR) sou nati ak dat yon swadizan vyolasyon dwa sivil la. Ou dwe soumèt fòm oswa lèt AD-3027 ki ranpli nan USDA pa:

- (1) **pa lapòs:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; oswa
- (2) **faks:**
(833) 256-1665 oswa (202) 690-7442; oswa
- (3) **imèl:**
program.intake@usda.gov

Enstitisyon sa a se yon founisè opòtinite egalego.

PARENT LETTER FOR PRICING PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

Date: _____

We participate in the Child Care Food Program (CCFP), which provides reimbursement for serving nutritious meals to enrolled children. All meals served must meet meal pattern requirements established by the U.S. Department of Agriculture (USDA). In the operation of USDA child feeding programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex, age, or disability.

The information requested on the attached Free and Reduced-Price Meal Application is necessary to determine if your child qualifies for free or reduced-price meals. Also, the amount of reimbursement we receive from the CCFP depends on the household income status of the enrolled children. In order for us to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, please complete the attached application, sign, date, and return it to the address of the child care center listed below. **Please refer to the back of the application for full instructions.** Your application will be placed in our files and kept confidential.

Children from households that receive Food Assistance Program (formerly known as the Food Stamp Program) or TANF (Temporary Assistance for Needy Families) benefits are eligible for free meals. Children enrolled in Head Start or Early Head Start (HS/EHS) are eligible for free meals, subject to the submission of official, acceptable HS/EHS enrollment documentation. With proper documentation, HS/EHS children will not need Free and Reduced-Price Meal Applications. Foster children are eligible for free meals regardless of the income of the household with whom they reside, subject to the submission of official, acceptable foster care agency/court documentation or a Free and Reduced-Price Meal Application. Children from households with total incomes less than or equal to the levels listed below are eligible for either free or reduced-price meals.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES (Effective July 1, 2023 - June 30, 2024)

| HOUSEHOLD SIZE | ANNUAL | MONTHLY | TWICE PER MONTH | BIWEEKLY | WEEKLY |
|--|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| 1 | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| For each additional family member, add | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

The reduced prices are 40 cents for lunch/supper, 30 cents for breakfast, and 15 cents for snacks. **Children who do not qualify for free or reduced-price meals may buy breakfast for _____, lunch/supper for _____, and snacks for _____.**

HOW TO COMPLETE:

If any member of your household currently receives Food Assistance Program (FAP) or TANF benefits, then any child in the household is eligible for free meals. The application must include the child's name, the FAP or TANF case number, and the signature of an adult household member. If completing a Free and Reduced-Price Meal Application for a foster child, the application must identify the child as a foster child, and include the child's name, any "personal use" income, and an adult's signature. Households wishing to apply for meal benefits for foster children should contact us if they have any questions. If you do not list a FAP or TANF case number, or if the child is not a foster child, then the application must include:

- the child's name;
- the names of all household members, including spouse, children, parents or other persons who live with you in the same household;
- the amount of income each person usually receives (before deductions for taxes, social security, etc.), how often it is received, and where it is from, such as wages, retirement, or public assistance. For self-employed persons, list net income. Net income is defined as gross receipts less operating expenses. For persons who do not receive any income, write "0" or "None";

**Florida Department of Health
Child Care Food Program**

CHILD CARE APPLICATION FOR ENROLLMENT

Student Information: Date of Birth: _____ Sex: ____ Date of Enrollment _____

Full Name: _____
Last First Middle Nickname

Child's Physical Address: _____

Primary Hours of Care: From _____ To _____

Days of the Week in Care: M T W Th F Sa Su

Meals Typically Served While in Care: Br AM Snack Lunch PM Snack Supper Eve Snack

Family Information:

Parent 1 Name: _____ Parent 2 Name: _____

Address: _____ Address: _____

Home Phone: _____ Home Phone: _____

Employer: _____ Employer: _____

Address: _____ Address: _____

Work Phone: _____/Cell: _____ Work Phone: _____/Cell: _____

Child Lives With: Parent 1 _____ Parent 2 _____ Both Parents _____ Other _____

Medical Information:

I hereby grant permission for the staff of this facility to contact the following medical personnel to obtain emergency medical care if warranted.

Doctor: _____ Address: _____ Phone: _____

Doctor: _____ Address: _____ Phone: _____

Dentist: _____ Address: _____ Phone: _____

Hospital Preference: _____

Please list allergies, special medical or dietary needs, or other areas of concern: _____

Emergency Care Plan Instructions (if applicable): _____

Emergency Contacts:

Child will be released only to the custodial parent or legal guardian and the persons listed below. The following people will also be contacted and are authorized to remove the child from the facility in case of illness, accident or emergency, if for some reason the custodial parent or legal guardian cannot be reached:

Name Address Work# Home#

Name Address Work# Home#

Name Address Work# Home#

Name Address Work# Home#

Helpful Information About Child:

- Sections 7.1 and 7.2 of the Child Care Facility Handbook require a current physical examination (Form 3040) and immunization record (Form 680 or 681) within 30 days of enrollment.
- Section 7.3 of the Child Care Facility Handbook requires that parents receive a copy of the Child Care Facility Brochure, "Know Your Child Care Facility" (CF/PI 175-24), **or**
Section 8.3 of the Family Day Care Home/Large Family Child Care Home Handbook requires that parent(s) receive a copy of the family day care home brochure, "Selecting A Family Day Care Home Provider" (CF/PI 175-28).
- Section 2.8 of the Child Care Facility Handbook requires that parents are notified in writing of the disciplinary and expulsion policies used by the child care facility, **or**
Section 2.3 of the Family Day Care Home/Large Family Child Care Home Handbook requires that parents are notified in writing of the disciplinary and expulsion policies used by the family day care provider.

Your signature below indicates that you have received the above items and that the information on this enrollment form is complete and accurate. I hereby grant permission for the staff of this facility to have access to my child's records.

1st year:

Signature of Parent/Guardian

Date

Subsequent years:

Signature of Parent/Guardian

Updated Date

Signature of Parent/Guardian

Updated Date

Signature of Parent/Guardian

Updated Date

Signature of Parent/Guardian

Updated Date

Departamento de Salud de Florida
Programa de Alimentos para Cuidado de Niños

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO INFANTIL
(CHILD CARE APPLICATION FOR ENROLLMENT)

Información sobre el estudiante: Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Fecha de inscripción _____

Nombre completo: _____
Apellido 1^{er} nombre 2^o nombre Apodo

Dirección del niño: _____

Horario principal en que recibe los cuidados: Desde _____ Hasta _____

Días de la semana en que recibe los cuidados: L M Mi J V S D

Comidas comúnmente servidas mientras recibe los cuidados:

Desayuno Merienda mañana Almuerzo Merienda tarde Cena Merienda noche

Información sobre la familia:

Nombre del Padre 1: _____ Nombre del Padre 2: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

El niño vive con: Padre 1 _____ Padre 2 _____ Ambos Padres _____ Otro _____

Información médica:

Por la presente, autorizo al personal de este establecimiento a ponerse en contacto con el personal médico mencionado a continuación para obtener cuidados médicos de emergencia, si fuera necesario.

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido _____

Enumere las alergias, las necesidades médicas o dietarias especiales, u otras áreas que deba destacar: _____

Instrucciones del Plan de Atención de Emergencia (si corresponde): _____

Contactos:

El niño será entregado únicamente al padre custodio o al tutor legal, y a las personas enumeradas a continuación. También se contactará a las siguientes personas, y ellas están autorizadas para retirar al niño del establecimiento en caso de enfermedad, accidente o emergencia, si por algún motivo no podemos comunicarnos con el padre custodio o el tutor legal:

Nombre Dirección Teléf. del trabajo Teléf. de la casa

Nombre Dirección Teléf. del trabajo Teléf. de la casa

Nombre Dirección Teléf. del trabajo Teléf. de la casa

Información útil sobre el niño:

- Las secciones 7.1 y 7.2 del Manual del Centro de Cuidado Infantil requieren un examen físico vigente (Formulario 3040) y un registro de vacunas (Formulario 680 ó 681) a más tardar 30 días después de la inscripción.
- La sección 7.3 del Manual del Centro de Cuidado Infantil requiere que los padres reciban una copia del folleto del centro de cuidado infantil "Know Your Child Care Facility" (Conozca su centro de cuidado infantil) (CF/PI 175-24), **o**

La Sección 8.3 del Manual de Hogares de Cuidado Infantil Familiar/Hogares de Cuidado Infantil Familiar Grandes requiere que los padres reciban una copia del folleto de los hogares de cuidado infantil familiar, "Selecting A Family Day Care Home Provider" (Como seleccionar un hogar de cuidado infantil familiar) (CF/PI 175-28).

- La sección 2.8 del Manual del Centro de Cuidado Infantil requiere que se notifique por escrito a los padres sobre las políticas disciplinarias y de expulsión utilizadas por el centro de cuidado infantil, **o**

La sección 2.3 del Manual de Hogares de Cuidado Infantil Familiar/Hogares de Cuidado Infantil Familiar Grandes requiere que se notifique por escrito a los padres sobre las políticas disciplinarias y de expulsión utilizadas por el proveedor de la guardería familiar.

Al firmar a continuación, usted demuestra que ha recibido los documentos anteriores y que toda la información que aparece en este formulario de inscripción está completa y es exacta. Por medio de la presente, concedo permiso al personal de este centro para que acceda a los expedientes de mi hijo.

1.º año:

Firma del padre1 o 2/tutor

Fecha

Años siguientes:

Firma del padre1 o 2/tutor

Fecha actualizada

Firma del padre1 o 2/tutor

Fecha actualizada

Firma del padre1 o 2/tutor

Fecha actualizada

Firma del padre1 o 2/tutor

Fecha actualizada

**Depatman Sante Florida
Pwogram Manje nan Gadri**

APLIKASYON POU ENSKRIPSYON NAN GADRI
(CHILD CARE APPLICATION FOR ENROLLMENT)

Enfòmasyon sou Elèv la: Dat Li Fèt: _____ Sèks: _____ Dat Enskripsyon _____

Prenon ak Non Fanmi: _____
Non fanmi Prenon Dezyèm Prenon Ti Non Jwèt

Adrès Fizik Timoun nan: _____

Orè Prensipal Gadri a: Ant _____ Ak _____

Jou Semèn nan Gadri a: Lendi Madi Mèkredi Jedi Vandredi Samdi Dimanch

Repa yo Sèvi Anjeneral nan Gadri a: Br Kolasyon Maten Repa Midi Kolasyon Apremidi Soupe Kolasyon Aswè

Enfòmasyon sou Fanmi an:

Paran 1 Non: _____ Paran 2 Non: _____

Adrès: _____ Adrès: _____

Telefòn Kay: _____ Telefòn Kay: _____

Non Patwon: _____ Non Patwon: _____

Adrès: _____ Adrès: _____

Telefòn Travay: _____/Selilè: _____ Telefòn Travay: _____/Selilè: _____

Timoun nan Ap Viv Avèk: Paran 1 _____ Paran 2 _____ Tou de paran yo _____ Lòt _____

Enfòmasyon Medikal:

Mwen bay pèmasyon pou ekip ki nan gadri sa a kontakte pèsònèl ki endike anba la a pou jwenn swen medikal annijans si li nesesè.

Doktè: _____ Adrès: _____ Telefòn: _____

Doktè: _____ Adrès: _____ Telefòn: _____

Dantis: _____ Adrès: _____ Telefòn: _____

Preferans pou Lopital: _____

Tanpri bay alèji, bezwen medikal oswa bezwen dyetetik espesyal, oswa lòt domèn ki bay enkyetid: _____

Enstriksyon pou Plan Swen ljan (si sa apwopriye): _____

Kontak yo:

N ap remèt timoun nan pa paran k ap viv avèk li oswa ba responsab legal ak moun ki endike anwo a sèlman. N ap kontakte moun ki endike anba yo epitou yo gen otorizasyon pou pran timoun sa a nan gadri a sizoka timoun nan malad, si li fè aksidan oswa si li gen yon ijans, si pou yon rezon nou pa kapab kontakte paran k ap viv avèk timoun oswa responsab legal la:

Non Adrès Nimewo Telefòn Travay Nimewo Telefòn Kay

Non Adrès Nimewo Telefòn Travay Nimewo Telefòn Kay

Non Adrès Nimewo Telefòn Travay Nimewo Telefòn Kay

Non Adrès Nimewo Telefòn Travay Nimewo Telefòn Kay

Enfòmasyon Enpòtan Sou Timoun nan:

- Seksyon 7.1 ak 7.2 nan Manyèl pou Gadri a egzije yon aktyèl egzamen fizik (Fòm 3040) ak dosye vaksinasyon (Fòm 680 oswa 681) nan 30 jou apre enskripsyon an.
- Seksyon 7.3 nan Manyèl pou Gadri a egzije pou paran yo resevwa yon kopi Tiliv Enfòmasyon sou Sant Gadri ki rele, "Know Your Child Care Facility" (Konnen Sant Gadri ou) (CF/PI 175-24), **oswa**
Seksyon 8.3 Manyèl pou Gadri fanmi nan Kay / Gran Gadri Fanmi nan kay la egzije pou paran an (yo) resevwa yon kopi tiliv kay gadri fanmi ki rele, "Selecting a Family Day Care Home Provider" (Fason pou Chwazi yon Founisè Sèvis Gadri nan Kay Fanmi) (CF/PI 175-28).
- Seksyon 2.8 nan Manyèl pou Gadri a egzije pou paran yo resevwa avi alekri konsènan pratik pou disipline ak mete timoun deyò nan sant gadri a itilize, **oswa**
Seksyon 2.3 nan Manyèl pou Gadri fanmi nan Kay / Gran Gadri Fanmi nan kay la egzije pou paran yo resevwa avi alekri konsènan pratik pou disipline ak mete timoun deyò nan sant gadri a itilize.

Siyati ou anba la a endike ou te resevwa dokiman ki endike anwo a, epitou siyati ou endike tout enfòmasyon ou bay sou fòm enskripsyon sa a se enfòmasyon ki konplè ak egzat. Mwen bay pèmasyon pou ekip ki nan gadri sa a jwenn aksè nan dosye pitit mwen.

1ye ane:

Siyati Paran/Responsab Legal

Dat

Apre ane:

Siyati Paran/Responsab Legal

Dènye Dat la

Siyati Paran/Responsab Legal

Dènye Dat la

Siyati Paran/Responsab Legal

Dènye Dat la

Siyati Paran/Responsab Legal

Dènye Dat la

Florida Department of Health Child Care Food Program

Child Participation Form

Name of Child: _____ Name of Facility: _____

Dear Parent:

Please fill out the following information so that your child may participate in the Child Care Food Program, which reimburses child care providers for serving nutritious, well-balanced meals to children in child care.

Check here and sign/date below if your child does not receive meals while in care

| If child care hours are the same every day, please complete this chart. | | |
|---|--|---|
| Day | Normal Hours in Care | Meals Normally Received While in Care |
| Mon – Fri | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |

OR

| If child care hours are <u>not</u> the same every day, please complete this chart. | | |
|--|--|---|
| Monday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Tuesday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Wednesday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Thursday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Friday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Saturday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |
| Sunday | _____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m. | Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/> |

Check here and sign/date below if your child has no regularly scheduled hours of care

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Phone Number: _____

Depatman Sante Florida Pwogram Manje nan Gadri Fòm Patipasyon Timoun nan (Child Participation Form)

Non Timoun nan: _____ Non Sant Gadri a: _____

Chè Paran:

Tanpri bay enfòmasyon nou mande ou anba la a pou pitit ou ka patisipe nan Pwogram Manje nan Gadri (Child Care Food Program), ki ranbouse founisè sèvis gadri yo poutèt yo bay manje ki fòtifyan ak byen balanse pou timoun ki nan gadri a.

Tcheke isit la epi siyen / dat anba a si pitit ou pa resevwa manje pandan li nan swen

| Si orè gadri a se menm orè chak jou, tanpri ranpli tablo sa a. | | |
|--|--|---|
| Jou | Orè Nòmal nan Gadri a | Manje Timoun yo Resevwa Nòmalman Pandan yo nan Gadri a |
| Lendi – vandredi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |

OSWA

| Si orè gadri a <u>pa</u> menm orè chak jou, tanpri ranpli tablo sa a. | | |
|---|--|---|
| Lendi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Madi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Mèkredi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Jedi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Vandredi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Samdi | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |
| Dimanch | a.m. _____ a.m. _____ p.m. jiska p.m. | Dejene <input type="checkbox"/> Kolasyon Maten <input type="checkbox"/> Manje Midi <input type="checkbox"/> Kolasyon Apremidi <input type="checkbox"/> Soupe <input type="checkbox"/> Kolasyon Aswè <input type="checkbox"/> |

Koche kaz la a si pitit ou pa gen orè gadri ki pwograme regilyèman

Siyati Paran/Responsab Legal: _____ Dat: _____

Ekri Non ou an Lèt Detache: _____ Nimewo Telefòn: _____

CCFP Formulario de Participación del Niño (Child Participation Form)

Nombre del establecimiento: _____

Estimados padres:

Completen la siguiente información para que su hijo pueda participar en el Programa de Alimentación para el Cuidado Infantil, que proporciona reembolsos a los proveedores de cuidado infantil por servir comidas nutritivas y bien equilibradas a los niños de los establecimientos de cuidado infantil.

Nombre del niño: _____

Marque aquí y firme / feche a continuación si su hijo no recibe comidas mientras está bajo cuidado

| Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla. | | |
|---|--|--|
| Día | Horario de guardería normal | Comidas que recibe normalmente mientras se encuentra en el establecimiento de cuidado infantil |
| Lunes a viernes | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |

O

| Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño <u>no</u> es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla. | | |
|---|--|--|
| Lunes | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Martes | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Miércoles | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Jueves | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Viernes | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Sábado | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |
| Domingo | _____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m. | Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/> |

Marque aquí si su niño no tiene un horario programado regularmente para servicios de cuidado

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____

ENROLLMENT ROSTER

August 1, 2023 - July 31, 2024

General Instructions

This enrollment roster is a required document for tracking free, reduced-price and non-needy meal eligibility in child care centers and outside school hours care centers. The child's eligibility category is based on information provided on the Free and Reduced-Price Meal Application. When a new child enrolls in the program, his/her name, age, and eligibility category with the first date of attendance must be noted on the roster.

A child care center and outside-school-hours care center may claim reimbursement only for meals served to enrolled children. Children are defined as persons who are 12 years of age and under; or children of migrant workers 15 years of age and under; or persons with an appropriately documented mental or physical disability who are enrolled in an institution or a child care facility serving a majority of persons 18 years of age and under. **No more than two meals and one snack or two snacks and one meal may be claimed per child per day.**

Do not send this report to the state office. Keep on file at your institution.

Instructions for Completing the Enrollment Roster

For the new year (August 1, 2023 to July 31, 2024), the following should be recorded under each column:

COLUMN

- (1) Enter the name of each enrolled child (last name first). Use the same name (first and last) for a child on all CCFP records (e.g., attendance records, enrollment records, etc.) If a new child enrolls during the year, add the child's name to the roster.
- (2) Enter the age of the child.
- (3) If the child has been in attendance prior to August 2023, enter 08/01/23. If not, enter the first date the child attends the center.
****Prospective Contractors only: Enter your approval date in this column when you receive your approval notice.**
- (4) If a child leaves the center during the year, enter the child's last date of attendance.
Tip: Once you have claimed the child for the last month they have attended, you may line through their name so as not to accidentally claim them in subsequent months.
- (5) Enter the child's category of eligibility based on information from the approved Free and Reduced-Price Meal Application.
- (6) At the end of each month, enter the total numbers of free, reduced-price and non-needy children for that month and then transfer the totals to the monthly reimbursement claim.

ENROLLMENT ROSTER

October 1, 2023 - September 30, 2024

General Instructions

This enrollment roster is a required document for tracking free, reduced-price and non-needy meal eligibility in child care centers and outside school hours care centers. The child's eligibility category is based on information provided on the Free and Reduced-Price Meal Application. When a new child enrolls in the program, his/her name, age, and eligibility category with the first date of attendance must be noted on the roster.

A child care center and outside-school-hours care center may claim reimbursement only for meals served to enrolled children. Children are defined as persons who are 12 years of age and under; or children of migrant workers 15 years of age and under; or persons with an appropriately documented mental or physical disability who are enrolled in an institution or a child care facility serving a majority of persons 18 years of age and under. **No more than two meals and one snack or two snacks and one meal may be claimed per child per day.**

Do not send this report to the state office. Keep on file at your institution.

Instructions for Completing the Enrollment Roster

For the new fiscal year (October 1, 2023 to September 30, 2024), the following should be recorded under each column:
COLUMN

- (1) Enter the name of each enrolled child (last name first). Use the same name (first and last) for a child on all CCFP records (e.g., attendance records, enrollment records, etc.) If a new child enrolls during the fiscal year, add the child's name to the roster.
- (2) Enter the age of the child.
- (3) If the child has been in attendance prior to October 2023, then enter 10/1/23. If not, enter the first date the child attends the center.
**Prospective Contractors only: Enter your approval date in this column when you receive your approval notice.
- (4) If a child leaves the center during this fiscal year, enter the child's last date of attendance.

Tip: Once you have claimed the child for the last month they have attended, you may line through their name so as not to accidentally claim them in subsequent months.

- (5) Enter the child's category of eligibility based on information from the approved Free and Reduced-Price Meal Application.
- (6) At the end of each month, enter the total numbers of free, reduced-price and non-needy children for that month and then transfer the totals to the monthly reimbursement claim.

CCFP Enrollment Roster Consolidation

Month _____ Year _____

| Page # | Free | Reduced | Non-needy | Total |
|--------------|------|---------|-----------|-------|
| 1/A | | | | |
| 2/B | | | | |
| 3/C | | | | |
| 4/D | | | | |
| 5/E | | | | |
| 6/F | | | | |
| 7/G | | | | |
| 8/H | | | | |
| 9/I | | | | |
| 10/J | | | | |
| 11/K | | | | |
| 12/L | | | | |
| 13/M | | | | |
| 14/N | | | | |
| 15/O | | | | |
| 16/P | | | | |
| 17/Q | | | | |
| 18/R | | | | |
| 19/S | | | | |
| 20/T | | | | |
| 21/U | | | | |
| 22/V | | | | |
| 23/W | | | | |
| 24/X | | | | |
| 25/Y | | | | |
| 26/Z | | | | |
| TOTAL | | | | |

***TOTAL ATTENDANCE FOR MONTH ***

These two totals must equal.

* To determine the total attendance for the month, refer to your attendance records; count the total number of children who attended at least one day during the claim month and record that number above.

Florida Department of Health
Child Care Food Program

**Collection Procedures for
Pricing Programs**

Check one of the four methods of collecting meal payments below:

Methods 1-3:

Meal payments are collected in the child care facility office. Families can make payments on a daily, weekly or monthly basis. The child care facility director records payments and knows which participants qualify for free or reduced-price meals. The director or teacher-supervisor distributes identical tickets labeled only with participant's names in the classroom or learning areas. Since payments are made on an individual basis, the identification of those receiving free, reduced-price or full-price meals can be protected.

- 1. Daily collection at a designated time and place
- 2. Weekly collection at a designated time and place
- 3. Monthly collection at a designated time and place

Method 4:

Families pay in advance by the month. Payments are made to the child care facility office. Each teacher receives a list of those participants who have paid. Those children who receive free or reduced-price meals are marked paid, so no one but the day care facility director knows which children receive free or reduced-price meals. Teachers keep daily records of each child served. A billing statement is provided to families for any amount owed.

- 4. Billing Statement to families

For all methods of collection:

Meal payments are collected outside of the meal period, in a manner that will prevent overt identification of participants receiving free or reduced-price meals.