

**ENROLLMENT & INCOME ELIGIBILITY FORM FOR CHILD CARE CENTERS**  
**JULY 1, 2009 THROUGH JUNE 30, 2010**

**Part 1. CHILD ENROLLMENT: Complete the information below for all children in care.**

Last Name, First Name	Date of Birth	Times of Care		Regular Days of Care							Meals Served During Care					Ethnicity/Race*		
		Arrival Time	Leave Time	M	T	W	T	F	S	S	Br	AM Sn	Lu	PM Sn	D	Ev Sn	Ethnicity	Race

\*Ethnicity (select one): H=Hispanic or Latino or N=Not Hispanic or Latino  
 \*Race (select one or more): W=White, B=Black or African American, I=American Indian or Alaskan Native, A=Asian, or P=Native Hawaiian or other Pacific Islander

**Part 2. FOSTER CHILD** (complete a separate application for each foster child): **Complete Parts 1, 2 and 4.**

If this is a foster child, check this box  Child's personal income \$ \_\_\_\_\_ (write "0" if no income)

**Part 3A. HOUSEHOLDS RECEIVING BENEFITS FROM THE FOOD ASSISTANCE PROGRAM** (formerly food stamps), **TEMPORARY ASSISTANCE FOR FAMILIES (TAF), OR FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR): Complete Parts 1, 3A and 4.**

Food Assistance Program/TAF Case Number \_\_\_\_\_ FDPIR Number \_\_\_\_\_

**Part 3B. HOUSEHOLDS EXCEEDING THE INCOME GUIDELINES: Complete Parts 1, 3B and 4.**

If your family income exceeds the income guidelines (listed on reverse side), check this box

**Part 3C. ALL OTHER HOUSEHOLDS – If you do not have a Food Assistance Program, TAF or FDPIR case number, complete Parts 1, 3C and 4.**

List the Names of All Household Members not listed in Part 1	GROSS INCOME BEFORE ANY DEDUCTIONS								Check If ZERO Income	
	Earnings from Work		Welfare, Child Support, Alimony		Pensions, Retirement, Social Security		All Other Income			
	How much?	How often?	How much?	How often?	How much?	How often?	How much?	How often?		
1										<input type="checkbox"/>
2										<input type="checkbox"/>
3										<input type="checkbox"/>
4										<input type="checkbox"/>
5										<input type="checkbox"/>
6										<input type="checkbox"/>

Social Security Number of Household Member who signs form:

Social Security Number: \_\_\_\_\_ If you do not have a Social Security Number, check this box

Privacy Act Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the social security number of the adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Food Assistance Program, Temporary Assistants for Families (TAF) or Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR) case number for your child or other (FDPIR) identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the CACFP.

**Part 4. SIGNATURE AND CONTACT INFORMATION:**

*I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the facility will receive Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose their meal benefits, and I may be prosecuted.*

Print Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 Daytime Telephone \_\_\_\_\_  
 Employer(s) \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For Center Use Only**

\_\_\_\_\_ FOOD ASSISTANCE PROGRAM/TAF/FDPIR HOUSEHOLD

\_\_\_\_\_ HOUSEHOLD INCOME: Household Size: \_\_\_\_\_

Total annual household income: \_\_\_\_\_

Signature of Sponsor's Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**CATEGORY:**  Free  
 Reduced Price  
 Paid

Temporary Determination?  Yes  No  
 Re-determined as temporary on \_\_\_\_\_  
 (dates)

(add center name and/or letterhead here)

Dear Parent or Guardian:

Our center has been approved for participation in the Child and Adult Care Food Program (CACFP). The CACFP reimburses the center for the partial cost of meals. Participation in the CACFP enables us to keep our fees lower as well as serve nutritious meals to children in our program.

To determine the amount of CACFP funds the center will be eligible to receive, the parent/guardian must complete Parts 1 and 4 and one of the following options: Part 2, Part 3A, Part 3B or Part 3C. This form will be placed in our files and treated as confidential information.

**Part 1 FOR CHILD ENROLLMENT:**

- **CHILD'S NAME:** List the first and last name of all children enrolled at this center.
- **DATE OF BIRTH:** List each child(s) date of birth.
- **TIMES OF CARE, DAYS OF CARE and MEALS SERVED:** List the regular times of care for each child by listing their arrival time and leave time, check each day the child will be in care and check each meal type received while in care.
- **ETHNICITY/RACE:** Using the codes provided, enter the codes for ethnicity and race.

**Part 2 FOR A FOSTER CHILD:**

- Complete Parts 1, 2 and 4 on the reverse side.
- Write the child's personal monthly income. Write "0" if the child has no income. Personal income is (a) money given for the child's personal use, such as clothing, school fees and allowances and (b) all other money the child gets, such as money from his/her family.

**Part 3A FOR A HOUSEHOLD RECEIVING BENEFITS FROM THE FOOD ASSISTANCE PROGRAM (formerly food stamps), TEMPORARY ASSISTANCE FOR FAMILIES (TAF), OR FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDIR):**

- Complete Parts 1, 3A and 4 on the reverse side.

**Part 3B FOR A HOUSEHOLD EXCEEDING THE INCOME GUIDELINES LISTED BELOW:**

- Complete Parts 1, 3B and 4 on the reverse side.

**TO CALCULATE ANNUAL INCOME**

Weekly Income X 52 • Every 2 Weeks Income X 26 • Twice a Month Income X 24 • Monthly Income X 12

Household Size:	1	2	3	4	5	6	7	Each Additional Family Member
Annual Income:	\$20,036	\$26,955	\$33,874	\$40,793	\$47,712	\$54,631	\$61,550	+ \$6,919

**Part 3C FOR ALL OTHER HOUSEHOLDS:**

- Complete Parts 1, 3C and 4 on the reverse side using the additional information below.
- **HOUSEHOLD NAMES:** Write the names of everyone in your household not listed in Part 1. Include yourself and all other children, your spouse, grandparents, other relatives and unrelated people in your household. Use a separate sheet of paper if you do not have enough space.
- **GROSS INCOME BEFORE DEDUCTIONS:** Write the amount of income each person gets on the same line as their name. Use the appropriate column(s) such as Earnings, Welfare, Pensions or Other. Next to the amount of income write how often the income was received. Income is all money before taxes or anything else is taken out. If a person does not have income, check the box for zero income.
- **SOCIAL SECURITY NUMBER:** Write social security number of the adult household member who signs the forms. If the adult household member does not have a social security number, check the box. Use of this information is for CACFP use only and is required.

**INCOME TO REPORT:**Earnings from Work

Wages/salaries/tips  
Net income from self-owned business or farm

Welfare/Child Support/Alimony

Public assistance payments  
Welfare payments  
Alimony/child support payments

Pensions/Retirement/Soc. Sec.

Pensions/retirement income  
Social Security  
Veteran payments  
Supplemental Social Security Income

Temporary Income

Strike benefits  
Unemployment compensation  
Worker's Compensation

Other Income

Disability benefits  
Interest/dividends  
Cash withdrawn from savings  
Income from estates/trusts/investments  
Royalties/annuities/rental income  
Regular contributions from persons not living in the household

Income from Self-Employment - Self-employed persons may use income tax records for the preceding calendar year as a base to project the current year's net income. Report income derived from the business venture, less operating costs incurred in the generation of that income. Deductions for personal expenses such as interest on home payments, medical expenses, and other similar non-business deductions are not allowed in reducing gross business income.

Additional income from other kinds of employment must be treated as separate and apart from the income generated from your business venture. For example, if you operated a business at a net loss but held additional employment for which a salary was received, the income for purposes of this application would be the income from the salary only. The loss from the business cannot be deducted from a positive income earned in other employment. For purposes of this application, it is not possible to report a negative income from any business venture. The least income possible is zero (no income).

The necessary and appropriate information for arriving at allowable income may be taken from your most recent U.S. Individual Tax Return - Form 1040.

**Part 4 SIGNATURE AND CONTACT INFORMATION:**

- Sign and date the application. The form must be signed by the parent or guardian.
- Complete the contact information - name, telephone number, address, and employer information.

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. To file a complaint of discrimination, write to USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer. The Kansas State Department of Education does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in its programs and activities. The following person has been designated to handle inquiries regarding the non-discrimination policies: KSDE General Counsel, 120 SE 10th Ave, Topeka, KS, 66612 785-296-3201.

## SOLICITUD PARA INSCRIPCION Y ELEGIBILIDAD PARA LOS CENTROS QUE CUIDAN NIÑOS

1 de JULIO, 2009 HASTA 30 de JUNIO, 2010

**Parte 1. NIÑOS: Complete esta parte**

Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Horas de Cuidado		Días Regular de Cuidado							Comidas Servidas						Opcional	
		Hora de Venir	Hora de Salir	L	M	M	J	V	S	D	Br	AM Sn	Lu	PM Sn	D	Ev Sn	Etnica	Racial

Ethnica: H=Hispana o Latina o N=No Hispana ni Latina

Racial: W=Blanca, B=Negra o Afro Americana, I=Indo Americana o Nativo de Alaska, A=Asiatica, o P=Hawaiana o de las Islas del Pacifico

**Parte 2. NIÑO ACOGIDO: Complete esta parte y las Partes 1 y 4. Complete una solicitud separada para cada niño acogido.**

Si es para un niño acogido, marque la caja  Total del ingreso personal del niño \$ \_\_\_\_\_

**Parte 3A. HOGARES QUE RECIBEN PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA, TAF O FDPIR: Complete esta parte y las Partes 1 y 4.**

Número de Programa de Asistencia Alimentaria/Número de Caso de TAF/FDPIR \_\_\_\_\_

**Parte 3B. HOGARES QUE EXCEDEN EL INGRESO: Complete esta parte y las Partes 1 y 4.**

Si el ingreso de su familia excede la Guía de Ingresos, marque esta caja.

**Parte 3C. TODOS OTROS HOGARES- Si usted no recibe Estampillas de Comida, TAF o FDPIR, complete esta parte y las Partes 1 y 4.**

Use esta ecuación para determinar el ingreso mensual: ingreso semanal X 4.33; cada 2 semanas X 2.15; dos veces por mes X 2.

Ponga los nombres de todos los miembros de su casa que no están escrito en la parte 1.	MENSUAL Ingresos de trabajos (antes de deducciones), Ingreso neto del propio negocio		MENSUAL Welfare, Child Support, Alimento.	MENSUAL Pagos de Pensiones, Retiro, Seguro Social, Otro Ingreso	MENSUAL Ingreso Temporal: Beneficios del Huelga, Desempleo, Indemnización
	Trabajo 1	Trabajo 2			
	\$	\$	\$	\$	\$
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Número de Seguro Social de la persona quien firma esta solicitud:

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Si usted no tiene un número de Seguro Social, marque la caja.

Acta de Privacidad: La Sección 9 de la Acta Nacional de almuerzas escolares (National School Lunch Act) requiere que, a menos que las estampillas para comida de sus hijos, números de caso FDPIR o TAF sean proveídas, hay que incluir el número de seguro social del miembro del hogar firmando la solicitud o indicar que esta persona no tiene un número de seguro social. El proveer de un número de seguro social no es mandatorio, pero si el número de seguro social no es proveído o si no hay indicación que el miembro adulto del hogar firmando la solicitud no lo tiene, la solicitud no puede ser aprobada. Esta notificación tiene que ser llevada a la atención del miembro del hogar del cual el número de seguro social es dado. El número de seguro social puede ser usado para verificar la información estipulada en la solicitud. Esto puede incluir revisiones de programas, auditorías e investigaciones; hablando con patronos para determinar ingresos; hablando con la oficina para estampillas de comida o bienestar para determinar la certificación correcta para recibir estampillas de comida, beneficios de TAF o FDPIR; hablando con la oficina estatal de seguridad de empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos; y chequear la documentación proveída por el miembro del hogar para verificar la cantidad de ingreso recibido. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamación administrativa, o acción legal si la información reportada es incorrecta.

**Parte 4. FIRMA: Yo declaro que toda la información es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información está dado para el recibo de fondos federales; que oficiales pueden verificar la información en la solicitud; y que la falsedad premeditada de la información, puede resultar en procesamiento bajo las leyes estatal y federal. Un adulto hay que firmar la solicitud antes de aprobación.**

**NOMBRE Y DOMICILIO**

Imprima el nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codito Postal \_\_\_\_\_

Teléfono en la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono en el Trabajo \_\_\_\_\_

Lugar del Trabajo \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para Uso Oficial**

\_\_\_\_ FOOD STAMPS/TAF/FDPIR HOUSEHOLD

\_\_\_\_ INCOME HOUSEHOLD: Total household monthly income: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Temporary Approval (due to zero income) See pg. 89 (Fall 2006) CACFP Administrative Handbook for guidance.

Re-determined zero income approval: \_\_\_\_\_ (dates)

- CATEGORY:  Free  
 Reduced Price  
 Paid

Signature of Sponsor's Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Add center name and/or letterhead here:

Estimado Padre/Guardián:

Nuestro centro ha estado aprobado para participación en el Programa de Comida para Los Centros que Cuidan Niños & Adultos. Este programa reembolsa el centro por un parte del costo de las comidas nutritivas que les servimos a todos los niños que asisten. También provee fondos adicionales para las comidas para los niños que vienen de familias de bajo ingreso. Sin la asistencia que el Programa provee, sería necesaria aumentar el precio del centro.

Por eso, les pedimos a ustedes ayudarnos determinar la cantidad de fondos del Programa de Comida para Los Centros que Cuidan Niños y Adultos, que el centro puede recibir. Por favor, refiera a la Guía de Ingresos abajo y complete una de las opciones siguientes:

**Parte 1 NIÑOS:**

- **NOMBRE DEL NIÑO:** Ponga el primer nombre y apellido de todos los niños quien vienen al centro.
- **NACIMIENTO:** Ponga la fecha de nacimiento para cada niño.
- **HORAS DE CUIDADO:** Para cada niño, ponga las horas regular de cuidado. Ponga el tiempo que viene y que se va.
- **DÍAS REGULAR DE CUIDADO:** Ponga una tacha para cada día que el niño va al centro.
- **COMIDAS SERVIDAS:** Ponga una tacha para cada vez que el niño come en el centro durante el día.

**Parte 2 PARA UN NIÑO ACOGIDO:**

- Complete Partes 1, 2, y 4 que están al reverso de esta hoja.
- Escriba el ingreso de uso personal que el niño recibe. Escriba "0" si el niño no tiene ingreso. Ingreso para uso personal es (a) dinero dado por el uso personal del niño, por ejemplo, ropa, costos escolares, y (b) todo otro dinero que el niño recibe, por ejemplo, dinero de su familia.

**Parte 3A PARA UN HOGAR QUE RECIBE PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA, ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF), O DISTRIBUCION DE COMIDA EN LAS RESERVACIONES INDIAS (FDPIR):**

- Complete Partes 1, 3A, y 4 que están al reverso de esta hoja.

**Parte 3B PARA UN HOGAR QUE EXCEDE LA GUIA DE INGRESO, ESCRITO ABAJO:**

- Complete Partes 1, 3B, y 4 que están al reverso de esta hoja.

**Parte 3C PARA TODOS OTROS HOGARES:**

- Complete Partes 1, 3C y 4 que están al reverso de esta hoja, usando la información adicional abajo.
- **NOMBRES:** Escriba el nombre de cada persona que vive en su casa que no está escrito en el Parte 1. Incluya su mismo y todos otros niños, su esposo, abuelos, y otras personas que viven en su casa. Use un papel separado si no tiene bastante espacio.
- **INGRESO MENSUAL:** Escriba el ingreso total que cada persona recibe en el mismo línea de su nombre. Use la columna apropiada, por ejemplo, Ingreso, Welfare, Pensiones, e Otro. Ingresos son todo dinero, antes de impuestos o deducciones. Si lo que recibe ahora es más o menos que el normal, escriba lo que la persona recibe normalmente.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba el número de seguro social del adulto quien firma la solicitud. Si la persona no lo tiene, marque la caja.

**Reporte de Ingresos**

GUIA DE INGRESOS		
Efectivo del 1 de Julio, 2009 al 30 de Junio, 2010		
Número de Personas	Anual	Mensual
1	\$20,036	\$1,670
2	26,955	2,247
3	33,874	2,823
4	40,793	3,400
5	47,712	3,976
6	54,631	4,553
7	61,550	5,130
8	68,469	5,706
9	75,388	6,283
10	82,307	6,860
<b>Para cada persona adicional, suma</b>	<b>+6,919</b>	<b>+577</b>

**Ingresos del Trabajo**

Ingresos/salarios/propinas  
Ingreso neto de un propio negocio o rancho

**Welfare/Child Support/Alimento**

Pagos de Asistencia Publica  
Pagos de Welfare  
Alimento/Pagos del sostenimiento del niño

**Pensiones/Retiro/Seguro Social**

Pensiones/ingreso de retiro  
Seguro Social  
Pagos veteranos  
Ingreso de Seguro Social Suplementario

**Ingresos Temporal**

Beneficios del Huelga  
Pagos de Desempleo  
Indemnizaciones

**Otro Ingreso**

Beneficios de Incapacidad  
Dinero sacado de la cuenta de ahorro  
A anualidades/rentas  
Contribuciones regulares de personas que no viven en la casa  
Intereses o Dividendos  
Ingresos de propiedades/fondos/inversiones

**Ingresos Por Ser Autoempleado:** Las personas autoempleadas pueden usar información del reporte de impuestos del año anterior como base para proyectar los ingresos netos del año actual, a menos que el ingreso mensual actual proporcione una cantidad más exacto. Reporte ingresos derivados del negocio menos los costos de operación incurridos en la generación de dicho ingreso. No se consideran deducciones de un negocio propio las que son usadas para uso personal, como ser el pago de interés para una casa, gastos médicos u otras deducciones similares. Ingresos adicionales por otro tipo de empleo deben ser tratados separadamente de los ingresos de un negocio propio. Por ejemplo, si opera un negocio que le causó pérdidas, pero tiene un empleo que le proporcionó un sueldo, el ingreso que se le usará para esta aplicación será el del salario que recibió solamente. Las pérdidas ocurridas en un negocio propio no se pueden ser deducidas de un ingreso ganado en otro empleo. Para el propósito de esta solicitud, no es posible reportar un ingreso negativo de cualquier negocio. La cantidad de ingreso mínimo es cero ("0" no ingreso).

La información necesaria para llegar a un ingreso permisible en un negocio privado puede ser copiada de su declaración más reciente de Impuestos Individual de los Estados Unidos, Forma 1040 (US Individual Income Tax Return-Form 1040 lines 8-21):