



LISTA DE FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN Fecha de hoy: _____

PRE SCHOOL (Agosto -Junio)	BEFORE SCHOOL (Agosto -Junio)	AFTER SCHOOL (Agosto-Junio)	SUMMER ENRICHMENT (Junio-Agosto)
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--

Nombre del niño: _____

Nombre del padre: _____

FORMAS	COMENTARIOS
1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN DILC	
2. CUOTA DE INSCRIPCIÓN \$ 50.00 (por programa, es decir, cuidado antes / después, enriquecimiento de verano y preescolar)	
3. Care4Kids Application (if applicable) https://portal.ct.gov/oec/care4kids?language=en_US	
4. Care4Kids Parent Provider (if applicable) and Child and Adult Care Food Program (CACFP)	
5. Recibos de pago actuales (vigentes durante un mes) Current Pay Stubs (current for one month), Declaración de la renta, prueba de residente (electricidad, factura del teléfono, etc.)	
6. Evaluación de la salud del estudiante <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para padres/cuidadores • Certificado de nacimiento 	
7. Consultorio médico <ul style="list-style-type: none"> • Registro de vacunación • Forma física • Medicación • Formulario de medicación con plan de acción (si corresponde) 	
8. Formulario de autorización de yoduro de potasio	
9. Formulario de permiso/autorización	
10. Cosas que debe saber sobre antes y después de la escuela	
11. Cosas que debe saber sobre el enriquecimiento de verano	
12. Encuesta sobre el idioma del hogar (preescolar)	
13. Historia del desarrollo (preescolar)	
14. Cosas que debe saber sobre (Preescolar)	
15. IEP / Instrucciones adicionales	

The Center: A Drop-In Community Learning and Resource Center, Inc.

Solicitud de inscripción

Tarifas de solicitud: \$ 50 (no reembolsable)

(1) Program Selection

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Before Care Program (7:00AM-9:00AM)

<input type="checkbox"/> After School Program (Pre-K-Middle School) 2:30-5:30PM | <input type="checkbox"/> Summer Enrichment Program (K- Middle School grades)
□ 8:00AM-4:00PM

<input type="checkbox"/> Early Childhood Education Program (8:30AM-3:30PM) |
|---|---|

(2) Información para

Nombre del niño : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Masculino
 Hembra

Dirección: _____ Apt.# _____

Ciudad/Estado: _____ Zip: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre de la escuela del niño: _____ Grado del niño (actual): _____

Please select a "Race" and answer yes or no under Hispanic/Latino and if you answer yes; please provide your child's Ethnicity/Country of Origin.

"Race Categories"	Hispanic or Latino	Ethnicity/Country of Origin
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Black /African American	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Asian & White	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Black/African American & White	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & White	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & Black African American	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____
<input type="checkbox"/> Other Multi Racial: _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES-	_____

(3) Historial médico del

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones o inquietudes médicas? Marque todas las casillas que correspondan.
 (Esta información se utiliza para garantizar el bienestar de su hijo y no afectará la aceptación de su hijo)

<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Necesita audifono <input type="checkbox"/> Sangrados nasales frecuentes <input type="checkbox"/> Uso de Epi-Pen <input type="checkbox"/> ADD o TDAH (Hiperactividad) Medicamento _____	<input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas a: _____ <input type="checkbox"/> Otras afecciones médicas graves Por favor, explique: _____ _____ _____	Dificultades de aprendizaje Tipo: _____ ¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (PEI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió que sí, por favor, entregue una copia del plan al Centro). <input type="checkbox"/> 504 Plan
--	--	--

Nombre del médico _____	Número de teléfono del médico _____
Dirección del médico _____	Ciudad/Estado/Zip _____
Nombre del dentista _____	Número de teléfono del dentista _____

Dirección del dentista _____ Ciudad/Estado/Zip _____

(4) Información del padre

¿Es este niño un pupilo del estado?? YES NO Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del padre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección (si es diferente a la del niño): _____ Ciudad/Estado _____ Zip Code _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Work Extension: _____

Cell/Pager: _____ Email: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Relación con el niño: _____

Dirección (si es diferente a la del niño): _____ Ciudad/Estado _____ Zip Code _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Extensión de obra: _____

Cell/Pager: _____ Email: _____

(5) Información de contacto de

(Se requieren dos contactos que no sean los tutores legales.)

(1) Contacto principal de emergencia y nombre de recogida (no puede ser tutor): _____

Relación con el niño: _____ Dirección de la casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Cell/Pager: _____

(2) Contacto secundario de emergencia y nombre de recogida (no puede ser tutor): _____

Relación con el niño: _____ Dirección de la casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Cell/Pager: _____

(6) Estado financiero

Asistencia financiera recibida (marque todas las que correspondan):

- TANF Food Stamps Cupones de alimentos Discapacidad del Seguro Social Ingresos del Seguro Social
 Compensación para veteranos Care 4 Kids Pensión alimenticia

Escriba sus ingresos y el tamaño de su familia a continuación y envíe tres cheques de nómina actuales con su solicitud.

Tamaño de la familia	Ingresos semanales	Ingresos quincenales	Ingresos anuales

(7) Lanzamiento general

Nombre del niño : _____ Apellido del niño: _____

I, _____, el tutor legal of _____
(Escriba el nombre del padre/tutor legal) (Escriba el nombre del niño)

Por la presente liberamos *al programa The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*, y a cualquier organización con la que pueda contratar servicios, de toda responsabilidad por cualquier lesión que pueda ocurrir a mi hijo durante *los programas y actividades de The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que este programa es educativo y recreativo, y por la presente certifico que mi hijo goza de buena salud y puede participar en todos los aspectos de las actividades del programa, excepto como se indica por escrito y se incluye en este formulario.

Doy permiso para que mi hijo participe en:

1. El proveedor de cuidado infantil tiene mi permiso para transportar a mi hijo, si es necesario, cuando mi hijo está bajo cuidado.
2. Excursiones ya sea caminando, en la camioneta o en el autobús.
3. Las clases de computación y yo revisaremos las políticas y procedimientos del Manual para padres y discutiremos las políticas y el uso aceptable de la computadora e Internet con mi hijo / hijos.

Autorizo al Distrito de Escuelas Públicas de New London a entregar todos y cada uno de los registros médicos y / o educativos relacionados con mi hijo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que esta información se utilizará para cumplir con los requisitos de salud estatales y para evaluar las necesidades académicas y de acondicionamiento físico y el rendimiento de mi hijo. Además, doy mi consentimiento a *The Center: A Drop-In Community Learning Center* para evaluar el impacto de la programación en el progreso académico y el desarrollo social de mi hijo a través de la investigación y el uso de prácticas basadas en evidencia.

Autorizo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center* el derecho a usar fotografías y otros registros de la imagen, la voz y los sonidos de mi hijo durante su participación, y a reutilizar o licenciar el derecho a reutilizar dichas fotografías y grabaciones de su nombre, imagen y biografía, en todos los medios y en todas las formas, incluyendo, pero no limitado a, su participación en programas y actividades, sin compensación para mí ni limitación alguna.

Manejo del comportamiento: promovemos un sistema positivo de manejo del comportamiento basado en elogios, humor, modelado, redirección y elección. Si un niño no responde a estas estrategias, el miembro del personal emitirá una advertencia verbal. Si el comportamiento continúa, emita una segunda advertencia e indique las consecuencias si el comportamiento continúa. Después de la segunda advertencia, el personal puede:

- Iniciar un tiempo de espera por un período de tiempo que sea apropiado para la edad (número de minutos que no exceda la edad del niño)
- Limitar la participación en actividades
- Revocar privilegios
- Comuníquese con los padres

No se tolerarán los siguientes comportamientos: peleas, robos, vandalismo, intimidación, extorsión y desafío. Las consecuencias de tal comportamiento pueden incluir:

- Suspensión del programa
- Reparación de daños y perjuicios
- Expulsión del programa
- Registre cualquier intervención en la ficha del participante.
- Después de cualquier intervención disciplinaria, pídale al niño que identifique el comportamiento que justificó la intervención, así como los comportamientos apropiados para usar la próxima vez.

Métodos de disciplina:

- Se alentará a los niños a pensar en soluciones o alternativas para su propio mal comportamiento. Esto permite al niño aceptar la responsabilidad de sus propias acciones.
- Los niños serán redirigidos de un comportamiento inapropiado y sin rumbo a una experiencia más constructiva y exitosa mediante el uso de opciones apropiadas.
- Los niños serán retirados de una situación provocadora. Esta técnica les da a los niños la oportunidad de obtener control de sí mismos. Si el niño pierde el control y/o representa un peligro para sí mismo o para otros niños, será enviado al Head Teacher o el Director Ejecutivo. El objetivo es preservar la autoestima del niño, no explotarlo ni degradarlo. El niño decide cuánto tiempo necesita antes de volver al grupo.

Autorizo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*, a que se brinde toda la atención médica necesaria a mi hijo en caso de una emergencia. Entiendo que me contactarán lo antes posible, en caso de que surja una emergencia de este tipo.

Firma del guardián _____ Fecha: _____

No escriba debajo * SOLO PARA USO DE OFICINA * No escriba

Supplemental Information Checklist

	Date Received	Staff Initials	Comments
<input type="checkbox"/> \$50 Application Fee			
<input type="checkbox"/> Nutrition Form			
<input type="checkbox"/> Care 4 Kids Application/ Parent Provide Form			
<input type="checkbox"/> Current Paychecks			
<input type="checkbox"/> Student Health Records			
<input type="checkbox"/> Birth Certificate (ECEP Only)			
<input type="checkbox"/> Potassium Iodide Authorization Form			
<input type="checkbox"/> Release Forms			
<input type="checkbox"/> Proof of Residency			
<input type="checkbox"/> Tax Return, 1 month of Paycheck Stubs			

Revisión anual de la solicitud

Date that the application was reviewed: _____ . Guardian’s Signature _____

Date that the application was reviewed: _____ . Guardian’s Signature _____



LISTA DE FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN Fecha de hoy: _____

FORMULARIO de autorización de terapia
YODURO de potasio (KI) ESTUDIANTES

(por favor COMPLETAR A separado FORM para cada INSCRIPTO ESTUDIANTES/niño) de

Nombre de estudiantes: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ escuela: _____

Nombre del padre o Guardián: _____

Teléfono en Casa : _____ Teléfono de día: _____

Médico el alumno _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____

(Por favor indicar su autorización o negativa marcando la caja o cajas apropiado a continuación.)

Sí, quiero que mi anterior con nombre hijo sea administrado Iodide de potasio (KI) por personal de centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear y tras la orden de la Comisionada del departamento de salud pública.

No, no quiero hacer mi hijo con nombre anterior a darse Iodide de potasio (KI) por el personal del centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear, incluso si ordenó por el Comisionado del departamento de salud pública por las siguientes razones:

(1) Debido a condiciones médicas, como las que se indican a continuación:

- Alergia a los problemas Iodide
- De la tiroides de yodo
[pueden incluir problemas de tiroides: enfermedad de grave, bocio, hipotiroidismo o cualquier otra condición de la glándula tiroides.]
- Hypocomplementemic Vasculitis
[una condición de la piel graves que incluye sangrado debajo de las ampollas llenas piel, fluidas, llagas y quemaz.]

(2) Para distintos de razones médicas, no quiero hacer mi hijo para recibir (KI).

Entiendo que es mi responsabilidad para notificar a centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo por escrito si deseo cambiar mi autorización como se indicó anteriormente.

Fecha

Del padre o Guardián Signatura



Formulario de liberación de permiso
que aprende de:

Primeros auxilios/CPR • Gerencia del comportamiento • Excursiones • Fotos y nombre

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Primeros auxilios y permiso de CPR que

reconozco que he leído la política del accidente y de la emergencia en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de administrar los primeros auxilios y/o CPR a mi niño.

Firma del _____ del padres

Política de la disciplina y dirección del comportamiento que

reconozco que he leído la política de la disciplina y la dirección del comportamiento en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de utilizar medidas apropiadas según lo indicado en el manual.

Firma del _____ del padres

Excursiones

reconozco que he leído la política del excursiones al campo en el manual del padres y seguiré los procedimientos indicados.

Firma del _____ del padres

Lanzamiento de la foto

doy consentimiento al uso de las fotografías/de los videos tomados durante nuestros programas para los propósitos de la publicidad, promocionales y/o educativos (publicaciones incluyendo, presentación o difusión vía el periódico, el Internet u otras fuentes de los medios). Hago esto con conocimiento completo y consiento y renuncio todas las demandas para la remuneración para el uso.

____ sí, doy el consentimiento para The Drop In Learn/Camp a la fotografía mi niño para los propósitos y/o los acontecimientos del programa.

____ No, no autorizo a The Drop In Learn/Camp a la fotografía para mi niño para ningún acontecimiento.

Firma del _____ del padres

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Instrucciones: Consulte las *Instrucciones para la solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start*.

Parte 1: Información del niño

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Días normales de cuidado del niño (Marque todos los días aplicables):

- lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo

Horario normal de cuidado del niño (Escriba la hora y circule AM o PM):

_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM

Servicios normales de comidas provistas al niño (Marque todas las comidas/meriendas aplicables):

- Desayuno Merienda AM Almuerzo Merienda PM Cena

Parte 2A: Participantes categóricamente elegibles para recibir comidas gratis de los beneficios del CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No** complete la parte 2B.

Número de caso del SNAP: _____ Número de caso del TFA: _____ Marque si hay hijos de crianza:

Parte 2B: Todos los demás grupos familiares Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

- **Nombre de todos los miembros del grupo familiar:** Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.
- **Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe:** Indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto de los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada. Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.

Nombres	Ganancias del trabajo (antes de deducciones): empleo 1				Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimentaria				Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos			
	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensual mente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Parte 3: Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar y fechar este formulario antes de que se apruebe.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Nombre del adulto en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) XXX-XX-____ No tengo un SSN

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte 4: Identidad racial y étnica (opcional) No tiene obligación de completar esta parte.

Etnia (marque una opción):

- Hispana/latina
 No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más):

- Asiático/a
 Caucásico/a
 Afroamericano/a

- Indio/a estadounidense o nativo/a de Alaska
 Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.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; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del CACFP del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el personal del CACFP en Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/cacfp/forms/incelig/income_eligibility_application_cacfp_centers_spanish.pdf.

Solo para uso del patrocinador – No escriba después de esta línea

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso familiar total: \$ _____ Numero de familia: _____ Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

Elegible para recibir comidas gratis Elegible para recibir comidas a precio reducido O Excede los ingresos

Firma oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____

Documentación

- La declaración de impuestos estatales o federales más reciente para determinar el ingreso anual bruto.
- Comprobantes de nómina recientes correspondientes a un mes.
- Pago semanal = 4 comprobantes de nómina
- Pago quincenal = 2 comprobantes de nómina
- Otros: Carta notariada del empleador o contrato de trabajo.
- Las personas que trabajan por cuenta propia deben presentar su declaración de impuestos sobre la renta individual o estatal, o sus registros comerciales actuales.
- A las familias que declaren tener cero (0) ingresos se les podría requerir completar un formulario del programa para certificar la ausencia de ingresos.

Esto se basa en los ingresos y en el número de personas que conforman su hogar.

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

The Drop-In Learning Center

(The Center: A Drop in Community Learning and Resource Center, Inc)

Estimado Padre/Madre/Custodio:

The Drop-In Learning Center Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). El CACFP se financia con fondos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA) y es administrado por el Departamento de Educación del Estado de Connecticut.

Nuestro programa puede recibir reembolsos por comidas servidas a niños/as que cumplan los requisitos de elegibilidad para comidas gratuitas o de precio reducido. Debemos documentar la elegibilidad de estos niños obteniendo datos del tamaño de sus familias y el ingreso de las mismas. Las familias cuyos ingresos sean iguales o menores al nivel mostrado en las “Pautas de Ingreso Bruto para Comidas de Precio Reducido” (véase la página 2) son elegibles para comidas sin cargo. Por favor, complete, firme, feche y devuelva la solicitud adjunta. **La información que usted provea será tratada confidencialmente, y se usará únicamente para la determinación de elegibilidad.**

Por favor, provea la información requerida en la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso adjunta, y devuélvala lo más pronto posible. Usaremos esta información para decidir el nivel de beneficios CACFP que recibirá su proveedor de servicios. Podremos asimismo dar a conocer la información de su formulario a funcionarios de otros programas de nutrición, salud y educación infantil, a fin de determinar beneficios para estos programas.

Participantes categóricamente elegibles sin cargo para beneficios CACFP: Las familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA) y las familias con hijos de crianza son elegibles para comidas CACFP sin cargo.

- **SNAP o TFA:** Si usted recibe actualmente beneficios SNAP o TFA para su niño/a, solamente necesita anotar el nombre de su niño/a, el número de caso SNAP o TFA, y **firmar y fechar** la solicitud.

Hijos/as de crianza: Si su familia incluye un/a hijo/a de crianza, solamente necesita anotar el nombre de su niño/a, marcar el casillero de hijo de crianza, y **firmar y fechar** la solicitud. En consonancia con la Ley de Niños Saludables y Libres del Hambre (Healthy, Hunger-Free Kids Act) de 2010, los/as hijos/as de crianza que están bajo la responsabilidad del estado o son colocados formalmente por una agencia o tribunal estatal para el bienestar del niño son categóricamente elegibles para beneficios CACFP



The Drop-In Learning Center

- sin cargo. *Esta disposición no se aplica a los arreglos informales ni a colocaciones que puedan existir fuera de los sistemas basados en el estado o en los tribunales.* La elegibilidad para hijos/as de crianza con colocación formal ya no se determina en base a su ingreso de uso personal y a un tamaño familiar de uno. La institución de cuidados infantiles debe obtener documentación de una agencia adecuada estatal o local confirmando la condición del menor como hijo/a de crianza. Los hogares que tengan hijos/as de crianza e hijos/as propios pueden optar por incluir todos/as los/as hijos/as en la misma solicitud. Ahora bien, la presencia de un/a hijo/a de crianza en la familia no confiere elegibilidad para comidas gratuitas a todos /as los/as niños/as de la familia.

Todas las demás familias: Si el ingreso de su familia es igual o menor al nivel mostrado en la tabla de la página 2, “Pautas de Ingreso Bruto para Comidas de Precio Reducido”, deberá proveer la información siguiente para que pueda procesarse su solicitud.

- **Miembros de la familia:** Anote los nombres de todas las personas que viven en su casa, incluyendo padres, abuelos, **todos** los niños, otros parientes y personas que no son miembros de la familia, pero viven en su casa.
- **Número de Seguro Social:** Anote los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Si la persona no tiene un número de seguro social, marque () el casillero al lado de la declaración, “No tengo un SSN.”
- **Ingreso actual:** Anote el monto del ingreso que cada persona haya ganado **el mes anterior** (*antes* de descontar impuestos, seguro social, etc.), y su origen, tal como sueldos, jubilación o bienestar. Si el ingreso del mes anterior de cualquier miembro de la familia fue mayor o menor que el monto usual, anote el ingreso promedio usual de esa persona.

Fecha y firma: Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** la solicitud.

Información de cambios: En consonancia con la Ley de Nutrición Infantil y Reautorización de WIC (Child Nutrition and WIC Reauthorization Act) de 2004, ya no se requiere que las familias notifiquen cambios en sus circunstancias, p.ej. aumento en ingresos, disminución del tamaño de la familia, o cuando la familia ya no es certificada como elegible para recibir beneficios SNAP o TFA. Una vez que ha sido aprobada para beneficios gratuitos o de precio reducido, una familia seguirá siendo elegible para estos beneficios por un plazo que no podrá exceder 12 meses.

Nueva solicitud: Si usted no es elegible ahora, pero tiene una disminución en el ingreso de la familia, un aumento en el tamaño de la familia, o queda desempleado/a, llene una solicitud en ese momento. Los participantes con miembros de la familia que quedan sin empleo son elegibles para comidas gratis o de precio reducido durante el período de desempleo, si la

The Drop-In Learning Center

de ingresos hace que el ingreso de la familia durante el período de desempleo quede dentro de las normas de elegibilidad para dichas comidas.

Pautas de Ingreso Bruto Para Comidas Con efectividad desde Julio 1, 2024, hasta Junio 30, 2025

Cantidad de miembros de la familia	Anual (cada año)	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas (quincenalmente)	Semanalmente
1	27,861	2,322	1,161	1,072	536
2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
5	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
6	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
7	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
8	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Cada miembro adicional de la familia	9,953	830	415	383	192

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.

The Drop-In Learning Center

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/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.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; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.