

El Centro: Un Centro Comunitario de Recursos y Aprendizaje sin Cita Previa, Inc.

Solicitud de inscripción revisada el 13.5.2024

Tarifas de solicitud: \$ 50 (no reembolsable)

(1) Selección de

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de atención previa (7:00 a.m.-9:00 a.m.)
Intermedia) | <input type="checkbox"/> Programa de Enriquecimiento de Verano (K-Grados de Escuela
Intermedia) |
| | 8:00 a.m.-4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Programa después de la escuela (Pre-K-Middle School) 2:30-5:30PM
p.m.) | <input type="checkbox"/> Programa de Educación Infantil (8:00 a.m.-3:00
p.m.) |
| | <input type="checkbox"/> Año escolar <input type="checkbox"/> Verano |

(2) Información del

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

Dirección: _____ Apropiado. # _____

Ciudad/Estado: _____ Cremallera: _____ Teléfono de la casa: () _____

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

Seleccione una "Raza" y responda sí o no en Hispano/Latino y si responde sí; por favor, proporcione el origen étnico / país de origen de su hijo.

"Categorías de carreras"	Hispano o latino	Etnia/País de origen
<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Asiático y blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Afroamericano Negro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____
<input type="checkbox"/> Otros multirraciales: _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí-	_____

(3) Historial médico del

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones o inquietudes médicas? Marque todas las casillas que correspondan.

Tipo de Discapacidades de Aprendizaje

- Asthma
- Glasses
- Hearing aid needed
- Frequent Bloody Nose
- Epi-Pen use
- ADD or ADHD (Hyperactivity)
Medication _____

- Allergic reactions to:

- Other serious medical conditions
Please explain: _____

- Learning Disabilities
Type _____
- Special education at school
Does your child have an I.E.P.? Yes No
(If you answered yes, please provide a copy
of the plan to the Center.)
- 504 Plan

Nombre del médico _____ Número de teléfono del médico _____

Médico Address _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Nombre del dentista _____ Número de teléfono del dentista _____

Dentista Address _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

(4) Información del tutor

¿Es este niño un pupilo del Estado? SI NO Nombre del trabajador social: _____ Phone Número: _____

Nombre del tutor: _____ Relación con el niño: _____
Dirección (si es diferente a la del niño): _____ ciudad/estado _____ código postal _____
Nombre del empleador: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____ Extensión del trabajo: _____
Celular/Localizador: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del tutor: _____ Relación con el niño: _____
Dirección (si es diferente a la del niño): _____ ciudad/estado _____ código postal _____
Nombre del empleador: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Extensión de trabajo: _____
Celular/Localizador: _____ Correo electrónico: _____

(5) Información de contacto de

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

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

Relación con el niño: _____ Domicilio: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular/Buscapersonas: _____

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

Relación con el niño: _____ Domicilio: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular/Buscapersonas: _____

(6) Estados Financieros

Asistencia financiera recibida (*marque todas las que correspondan*):

- TANF Cupones de alimentos Asistencia General Discapacidad del Seguro Social Ingresos del Seguro Social
 Compensación para Veteranos Cuidado 4 Niños Pensión alimenticia

Ingresos anuales

Family Size	Weekly Income	Bi-Weekly Income	Annual Income

(7) Comunicado general

El niño es lo primero Nombre: _____ Apellido del niño: _____

Yo _____, el tutor legal de _____
(Escriba el nombre del tutor legal) (Escriba el nombre del niño)

Por la presente, libera a *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 ocurrirle 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:

- El proveedor de cuidado infantil tiene mi permiso para transportar a mi hijo, si es necesario, cuando mi hijo está bajo cuidado.
- Excursiones ya sea a pie, en furgoneta o autobús.
- 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(a).

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 la evidencia.

Autorizo *El Centro: Un Centro Comunitario de Recursos y Aprendizaje* 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 el elogio, el humor, el modelado, la redirección y la 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 (el número de minutos no debe exceder la edad del niño)
- Limite 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 dicho comportamiento pueden incluir:

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

Métodos de disciplina:

- Se animará a los niños a pensar en soluciones o alternativas para su propia mala conducta. Esto permite que el niño acepte la responsabilidad de sus propias acciones.
- Los niños serán redirigidos de un comportamiento inapropiado y sin objetivo 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 tomar el 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 Director o al Director Ejecutivo. El objetivo es preservar la autoestima del niño, no explotarlo ni degradarlo. El niño decide cuánto tiempo necesita antes de regresar al grupo.

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

Firma del guardián _____ Fecha: _____

Revisión Anual de la Solicitud

Fecha de revisión de la solicitud: _____, Firma del guardián _____

Fecha de revisión de la solicitud: _____, Firma del guardián _____

Fecha de revisión de la solicitud: _____, Firma del guardián _____

Si necesita actualizar alguna información sobre esta solicitud, solicite un formulario de cambio de información.

No escriba a continuación * SOLO PARA USO DE OFICINA * No

Formularios de autorización

	Date Received	Staff Initials	Comments
<input type="checkbox"/> \$50 Application Fee			
<input type="checkbox"/> Nutrition Form			
<input type="checkbox"/> Care 4 Kids Application			
<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			



State of Connecticut Department of Education

Health Assessment Record



To Parent or Guardian:

In order to provide the best educational experience, school personnel must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part 1) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the medical evaluation (Part 2) and the oral assessment (Part 3).

State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or registered nurse, licensed pursuant to chapter 378, a physi-

cian assistant, licensed pursuant to chapter 370, a school medical advisor, or a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or a physician assistant stationed at any military base prior to school entrance in Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a and 10-206). An immunization update and additional health assessments are required in the 6th or 7th grade and in the 9th or 10th grade. Specific grade level will be determined by the local board of education. This form may also be used for health assessments required every year for students participating on sports teams.

Please print

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address (Street, Town and ZIP code)		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone
School/Grade	Race/Ethnicity	<input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic origin
Primary Care Provider	<input type="checkbox"/> American Indian/ Alaskan Native	<input type="checkbox"/> White, not of Hispanic origin
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander
		<input type="checkbox"/> Other
Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*		

Does your child have health insurance? Y N

Does your child have dental insurance? Y N

If your child does not have health insurance, call 1-877-CT-HUSKY

* If applicable

Part 1 — To be completed by parent/guardian.

Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

Please circle Y if "yes" or N if "no." Explain all "yes" answers in the space provided below.

Any health concerns	Y	N	Hospitalization or Emergency Room visit	Y	N	Concussion	Y	N
Allergies to food or bee stings	Y	N	Any broken bones or dislocations	Y	N	Fainting or blacking out	Y	N
Allergies to medication	Y	N	Any muscle or joint injuries	Y	N	Chest pain	Y	N
Any other allergies	Y	N	Any neck or back injuries	Y	N	Heart problems	Y	N
Any daily medications	Y	N	Problems running	Y	N	High blood pressure	Y	N
Any problems with vision	Y	N	"Mono" (past 1 year)	Y	N	Bleeding more than expected	Y	N
Uses contacts or glasses	Y	N	Has only 1 kidney or testicle	Y	N	Problems breathing or coughing	Y	N
Any problems hearing	Y	N	Excessive weight gain/loss	Y	N	Any smoking	Y	N
Any problems with speech	Y	N	Dental braces, caps, or bridges	Y	N	Asthma treatment (past 3 years)	Y	N
Family History						Seizure treatment (past 2 years)	Y	N
Any relative ever have a sudden unexplained death (less than 50 years old)				Y	N	Diabetes	Y	N
Any immediate family members have high cholesterol				Y	N	ADHD/ADD	Y	N

Please explain all "yes" answers here. For illnesses/injuries/etc., include the year and/or your child's age at the time.

Is there anything you want to discuss with the school nurse? Y N If yes, explain:

Please list any medications your child will need to take in school:

All medications taken in school require a separate Medication Authorization Form signed by a health care provider and parent/guardian.

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

Signature of Parent/Guardian

Date

To be maintained in the student's Cumulative School Health Record

**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 quema.]

(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 (FDPPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPPIR 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/ncelig/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 reducid O Excede los ingresos

Firma oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____