



Arizona Department of Education Health and Nutrition Services

| | | |
|--|---------------------|-----------------------------|
| Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar - Nombres de los adultos inscritos: | | |
| Nombres de los participantes adultos (primer nombre, inicial del segundo nombre, y apellido) | Fecha de Nacimiento | MARQUE SI NO TIENE INGRESOS |
| | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI, AHCCCS, anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

| A. Nombre (Liste únicamente a los participantes, cónyuges e hijos dependientes de los participantes) | B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron | | | |
|--|---|------------------------------------|--|---------------------|
| | 1. Earnings from work before deductions | 2. Welfare, child support, alimony | 3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits | 4. All Other Income |
| <i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i> | \$200/semanal _____ | \$150/dos veces al mes _____ | \$100/mensual _____ | \$/ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

Parte 4. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. **Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * - _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)

| | | |
|--|--|--|
| Marque una identidad étnica: | Marque una o más identidades raciales: | |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o otra isla del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | |

Favor de no llenar. Es solo para uso oficial.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical/Income Eligibility: Free_Reduced _____ Paid _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____