

Solicitud para Familias para la Determinación del Nivel 1 en Hogares de Cuidado Infantil Familiares del Nivel II

Parte 1. Información de los niños inscritos. Adjuntar el Formulario NS-301-H.a. para enumerar a más niños			Parte 2. Ingresar el Número del Caso Maestro si el hogar califica para SNAP, TANF o FDPIR <i>Nota: No se aceptan números de Seguro Social, números de Medicaid y números de EBT.</i> Número del Caso Maestro:
Apellido(s) y Nombre(s) de los Niños	Fecha de Nacimiento D / M/ A	Fecha de Inscripción D / M/ A	
Parte 3. Niños bajo acogimiento familiar	Fecha de Nacimiento D / M/ A	Fecha de Inscripción D / M/ A	Ingreso de uso personal del niño bajo acogimiento familiar
			\$

Parte 4. Ingreso familiar: Complete la Parte 4 si no completó la Parte 2.

Los nombres de todos los miembros del hogar que no figuran en la lista anterior a menos que tengan ingresos	INGRESO BRUTO ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para Autoempleados) <i>Frecuencia de pago: W=Semanal E2=Cada 2 Semanas 2M=Dos Veces por Mes M=Mensualmente Y=Anualmente</i>				Marcar si tiene cero ingresos
Apellido(s), Primer Nombre	Ganancias del Trabajo	Bienestar, Manutención Infantil o Conyugal	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Todos los demás ingresos	
	¿Cuánto? / ¿Frecuencia?	¿Cuánto? / ¿Frecuencia?	¿Cuánto? / ¿Frecuencia?	¿Cuánto? / ¿Frecuencia?	
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Parte 5. Firma – El miembro adulto de la familia que llena la solicitud debe firmar a continuación.

Si la Parte 4 se completó, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad al reverso de esta página). Si usted ha dado un número de caso en la Parte 2 o si esta solicitud es solo para un hijo bajo acogimiento familiar, no se necesita un número de seguro social. *Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que el centro obtendrá fondos federales con base en la información que yo proporcione. Entiendo que los funcionarios estatales pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que, si brindo información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de los alimentos y puedo ser perseguido penalmente.*

Firmar en este espacio:	Nombre en letra de molde:
Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos):	Dirección:
<input type="checkbox"/> No tengo un número de seguro social	Ciudad/Estado/Código Postal:
Fecha en que se ingresó la firma:	Teléfono:

Parte 6: (Opcional) Identidad racial/étnica de los niños mencionados anteriormente.

Marcar una identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Marca una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Nativo de los EEUA o Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
---	---

PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR

No. de Personas en el Hogar: _____ Elegible para el Nivel 1:

Ingreso Total Anual: _____

SNAP / TANF / FDPIR / OTROS: No elegible:

Hijo en Acogimiento Familiar:

Firma del Patrocinador Oficial

Fecha de la Firma

Fecha de Entrada en Vigor