NS-300-H Formulario de Elegibilidad de Ingresos para el Año Fiscal 2021 Revisado 5/2020

Solicitud para Proveedores en el Hogar para Reclamar Alimentos Servidos a sus Propios Hijos y/o para la Determinación del Nivel I

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 *Nota: No se aceptan números de Seguro Social, números de Medicaid y números de EBT.* **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)** *Frecuencia de pago*: **W**=Semanal **E2**=Cada 2 Semanas **2M**=Dos Veces por Mes **M**=Mensualmente **Y**=Anualmente								Marcar si tiene cero ingresos
Apellido(s), Primer Nombre	**Ganancias del Trabajo** ¿Cuánto? / ¿Frecuencia?		**Bienestar, Manutención Infantil o Conyugal** ¿Cuánto? / ¿Frecuencia?		**Pensiones, Jubilación, Seguro Social** ¿Cuánto? / ¿Frecuencia?		**Todos los demás ingresos** ¿Cuánto? / ¿Frecuencia?		
									☐
									☐
									☐

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:
☐ 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:	Marca una o más identidades raciales:	
☐ Hispano o Latino	☐ Nativo de los EEUUA o Alaska	☐ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico
☐ No Hispano o Latino	☐ Asiático	☐ Blanco
	☐ Negro o Afroamericano	

---------- PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR ----------

No. de Personas en el Hogar: _____

Ingreso Total Anual: _____

SNAP / TANF / FDPIR / OTROS: ☐

Hijo en Acogimiento Familiar: ☐

Elegible para el Nivel 1: ☐

Eligible para reclamar propio**:** ☐

Verificación Completa:

No elegible: ☐

_____ _____ _____

Firma del Patrocinador Oficial **Fecha de la Firma** **Fecha de Entrada en Vigor**