



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) (Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales	\$150/dos veces por mes	\$100/mensuales	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde:

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ - ____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica:

hispano o latino

No hispano ni latino

Anote una o más identidades raciales:

Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska

Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico

Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia:

Calificación cateórica: Fecha retirado: Calificación: Gratuita Reducida Negada Nivel I Nivel II

Motivo:

Firma del Funcionario que Decide:

Fecha:

Firma del Funcionario que Confirma:

Fecha:

Firma del Funcionario que hace el seguimiento:

Fecha:



Información para la inscripción

Use este formulario para recabar toda la información necesaria para inscribir a un menor en una guardería.

Instrucciones: La guardería entrega este formulario al padre o tutor del menor. El padre o tutor llena el formulario y lo entrega a la guardería antes del ingreso del menor al centro. La guardería conserva el formulario en los archivos del centro.

Información general

Nombre del centro		Nombre del director	
Nombre completo del menor	Fecha de nacimiento del menor	Con quién vive el menor: <input type="radio"/> Ambos padres <input type="radio"/> La madre <input type="radio"/> El padre <input type="radio"/> Un tutor	
Dirección del menor		Fecha de ingreso	Fecha de salida
Nombre del padre o tutor que llena el formulario		Dirección del padre o tutor (si es distinta a la del menor)	
Indique los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor cuando el niño esté en el centro.			
Teléfono del padre 1	Teléfono del padre 2	Teléfono del tutor	El expediente incluye los documentos sobre la custodia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Indique el nombre, la dirección y el teléfono de alguien a quien llamar en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor:			Parentesco
Autorizo a esta guardería a dejar salir a mi hijo de las instalaciones ÚNICAMENTE con las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. El menor solo podrá salir del centro con los padres, el tutor o la persona designada por estos, una vez mostrada la debida identificación.			
Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	

Permisos

Marque todo lo que corresponda:

1. Transporte
Doy mi permiso para que los empleados del centro transporten y supervisen a mi hijo:

Para recibir atención médica de emergencia Para participar en paseos escolares Para recogerlo y llevarlo de regreso a casa Para recogerlo y llevarlo de regreso a la escuela

2. Excursiones
 Doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.
 No doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.

Comentarios

3. Actividades acuáticas

Doy mi permiso para que mi hijo juegue en:

- Mesas con agua Actividades con rociadores Chapoteaderos Piscinas Parques acuáticos

4. Acuse de recibo de las normas operativas por escrito (marque todo lo que corresponda)

Acuso recibo de las normas operativas del centro, incluidas las relacionadas con:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disciplina y orientación | <input type="checkbox"/> Procedimiento para dejar salir a los menores |
| <input type="checkbox"/> Suspensión y expulsión | <input type="checkbox"/> Enfermedades y criterios de exclusión |
| <input type="checkbox"/> Planes en casos de emergencia | <input type="checkbox"/> Procedimientos para dispensar medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para hacer chequeos médicos | <input type="checkbox"/> Requisitos de vacunación infantil |
| <input type="checkbox"/> Sueño seguro | <input type="checkbox"/> Prácticas sobre el servicio de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres hablen con el director sobre algún problema | <input type="checkbox"/> Procedimientos para visitar el centro sin autorización previa |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres participen en las actividades del centro | <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Licencias para el Cuidado Infantil (CCL), la línea para denunciar el maltrato infantil y el sitio web de la CCL. |

5. Comidas

Estoy enterado de que se servirá lo siguiente a mi hijo cuando esté en el centro:

- Nada Desayuno Bocadillo a media mañana Almuerzo Bocadillo a media tarde Cena Bocadillo después de la cena

6. Horario en que el menor estará en el centro

Mi hijo estará normalmente en el centro en el siguiente horario:

Día de la semana	a.m.	p.m.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Autorización para la atención médica de emergencia

En caso de que no se pueda localizarme para que tome decisiones si mi hijo necesita atención médica de emergencia, autorizo a quien esté a cargo a que lleve a mi hijo a:

Nombre del médico	Dirección	Teléfono
Nombre del centro de atención médica de emergencia	Dirección	Teléfono

Autorizo al centro a obtener la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

Firma del padre o tutor

Información adicional sobre el menor

Indique cualquier necesidad especial del menor, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer quienes lo atienden:

¿Se le ha diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor? Sí No Fecha del plan _____

Las guarderías infantiles están consideradas instalaciones públicas, según el título III de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Si cree que uno de estos centros practica la discriminación, violando así el título III, puede llamar a la línea de información de la ADA al 800-514-0301 (voz) o al 800-514-0383 (TTY).

 Firma del padre o tutor

 Fecha en que firmó

Niños en edad escolar

Mi hijo asiste a la siguiente escuela

Teléfono de la escuela

Mi hijo tiene permiso para (marque todo lo que corresponda):

- Caminar de casa a la escuela y de la escuela a casa Tomar el autobús Salir del centro al cuidado de su hermano menor de 18 años

Lugares autorizados para recoger o regresar al niño, aparte de su casa

- El niño está al día en sus vacunas, las pruebas de la vista y del oído y la prueba de tuberculosis, y la escuela tiene las copias correspondientes.

Requisitos de inscripción

Si el menor no asiste a prekínder o a una escuela lejos de la guardería, debe presentar uno de los siguientes documentos el primer día que el menor asista a la guardería, o a más tardar una semana después.

Marque solo una opción:

1. **DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería.

 Firma del padre o tutor

 Fecha en que firmó

2. Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.
 3. El diagnóstico médico y su tratamiento no son compatibles con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida con la que comulgo o de la que soy miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.
 4. Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en las actividades de la guardería. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré la declaración firmada de un profesional de la salud a la guardería.

Nombre

Dirección del profesional de la salud

 Firma del padre o tutor

 Fecha en que firmó

Requisitos para exenciones

He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que declino vacunar a mi hijo por razones de conciencia, incluidas mis creencias religiosas, en la forma descrita en la sección 161.0041 del Código de Salubridad y Seguridad, la cual debo presentar a más tardar 90 días después de que la declaración jurada fue certificada por un notary.

Adjunto una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que los exámenes de la vista o audición son incompatibles con los principios y prácticas de una iglesia o denominación religiosa con la que comulgo o a la que pertenezco.

Resultados del examen de la vista

Ojo izquierdo 20/ Ojo derecho 20/ Superado No superado

Firma

Fecha en que firmó

Resultados del examen de audición

Oído	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Superado o no superado
Derecho				<input type="radio"/> Superado <input type="radio"/> No superado
Izquierdo				<input type="radio"/> Superado <input type="radio"/> No superado

Firma

Fecha de la firma

Información sobre las vacunas

Las siguientes vacunas deben aplicarse en varias dosis. Indique la fecha en que el menor recibió cada una de las dosis.

Vacuna	Calendario de vacunación	Fecha en que el menor fue vacunado
Hepatitis B	Nacimiento - primera dosis	
	1 a 2 meses - segunda dosis	
	6 a 18 meses - tercera dosis	
Rotavirus	2 meses - primera dosis	
	4 a 2 meses - segunda dosis	
	6 meses - tercera dosis	
Difteria, tosferina y tétanos	2 meses - primera dosis	
	4 a 2 meses - segunda dosis	
	6 meses - tercera dosis	
	15 a 18 meses - cuarta dosis	
	4 a 6 años - quinta dosis	
Haemophilus influenza grupo B	2 meses - primera dosis	
	4 a 2 meses - segunda dosis	
	6 meses - tercera dosis	
	12 a 15 meses - cuarta dosis	
Antineumocócica	2 meses - primera dosis	
	4 a 2 meses - segunda dosis	

Vacuna	Calendario de vacunación	Fecha en que el menor fue vacunado
	6 meses - tercera dosis	
	12 a 15 meses - cuarta dosis	
Antipolio inactivada	2 meses - primera dosis	
	4 a 2 meses - segunda dosis	
	6 a 18 meses - tercera dosis	
	4 a 6 años - cuarta dosis	
Influenza (gripe)	Cada año a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis, administradas en intervalos de por lo menos cuatro semanas para los niños que reciben la vacuna por primera vez, y para algunos otros niños en este grupo de edad.	
Sarampión, paperas y rubéola	12 meses - primera dosis	
	4 a 6 años - segunda dosis	
Varicela	12 meses - primera dosis	
	4 a 6 años - segunda dosis	
Hepatitis A	12 meses - primera dosis	
	La segunda dosis debe aplicarse 6 a 18 meses después de la primera dosis.	

Verificación del médico o empleado de salud pública

Firma o sello del médico o empleado de salud pública responsable de comprobar la información sobre vacunación recién indicada:

_____ Firma

_____ Fecha de la firma

Varicela

La vacuna contra la varicela no es obligatoria si el menor ya ha tenido la enfermedad. Si su hijo tuvo varicela, ponga la fecha en la siguiente declaración: Mi hijo tuvo varicela aproximadamente en (fecha) _____ y no necesita la vacuna contra la varicela.

_____ Firma

_____ Fecha de la firma

Información adicional sobre las vacunas

Para obtener más información sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm.

Prueba de la tuberculosis (si se necesita)

Positiva Negativa Fecha _____

Zona libre de pandillas

Según lo establece el Código Penal de Texas, cualquier área situada a menos de mil pies de distancia de una guardería es considerada zona libre de pandillas. Cualquier delito relacionado con el crimen organizado cometido en esta zona estará sujeto a penas más severas.

Declaración sobre la privacidad

El HHSC valora su privacidad. Para obtener más información, vea nuestra política de confidencialidad en: <https://hhs.texas.gov/es/normas-del-sitio>

Firmas

_____	_____
Padre o tutor del menor	Fecha de la firma
_____	_____
Persona designada por el centro	Fecha de la firma