

Yonkers Public Schools
2022-2023 Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP)
Formulario de Recolección de información de Ingresos

Yonkers Public Schools está participando en el programa de Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP). Estamos en el 5th año de renovación del programa CEP. Todos los niño(a)s en las escuelas de Yonkers Public Schools podrán recibir desayuno y almuerzo sin costo alguno al estudiante. Este formulario es usado para saber la elegibilidad a otros programas federales y estatales que beneficiarían a las escuelas de sus niño(a)s. Diríjase a las instrucciones adjuntas. Complete **SOLAMENTE UN** formulario para su hogar, firme su nombre y **REGRESELO A : Yonkers Public Schools - Food Services Department – One Larkin Center, Yonkers, NY 10701** o a la escuela de niño(a). Llame YPS Food Services @ (914) 376-8166 si necesita ayuda.

1. Liste todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del Estudiante	Escuela	Grado	ID Del Estudiante	Niño/a en adopción temporal
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe cualquier beneficio SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y # de CASO Aquí. El # de CASO está en su carta de beneficio. "NO" use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. **Salte a la Parte 4, y firme el formulario.**

Nombre: _____ # de CASO _____ (nueve dígitos alfanuméricos).

3. Reporte TODO el ingreso de TODOS los Miembros del hogar (Salte este paso si respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyéndose a usted, adultos adicionales y todos los niños que reciben ingresos).

Liste a **TODOS** los miembros del hogar (incluyéndose a usted y a todos los estudiantes en el Paso 1) **incluso si no reciben ningún Ingreso**. Para cada miembro del hogar listado, si **"RECIBEN"** ingreso, reporte el total del ingreso para cada fuente solamente en dólares y que tan a menudo se recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas, (bi-semanalmente) 2 x por mes, mensualmente, anualmente. Si ellos **"NO"** reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si escribió **"0"** o dejó cualquier espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso por reportar.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Ayuda infantil, Pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, Pagos de Jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Ningún ingreso
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario.

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información se está dando para que la escuela obtenga fondos federales; los oficiales de la escuela pueden verificar la información, y si intencionalmente doy información falsa, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico (Email): _____ Teléfono de la casa/ Celular _____

Dirección del Hogar: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA - PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE

Conversión de Ingreso Anual (Sólo convierta cuando se reportan múltiples frecuencias de ingresos en el formulario)
Semanal X 52; Cada dos semanas (bi-semanal) X 26; Dos veces por mes X 24; Mensual X 12

SNAP/TANF/Adoptivo

Ingreso del Hogar: Ingreso Total del Hogar /Frecuencia

Tamaño del Hogar:

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Denied Eligibility

Firma del Oficial que Revisa _____

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE INGRESO
CEP / Provision 2 Non-Base

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba los nombres de los niños en letra de molde, incluyendo los niños en adopción temporal, para los cuales está aplicando en el formulario.
- (2) Escriba su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño en adopción temporal viviendo en su hogar.

PARTE 2 LOS HOGARES QUE OBTIENEN SNAPS (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA), TANF (AYUDA TEMPORAL PARA LAS FAMILIAS NECESITADAS) O FDIPIR (PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTO EN RESERVACIONES INDIAS) DEBERÍAN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Liste el número de caso actual de SNAP, TANF o FDIPIR para cualquiera que viva en su hogar. No use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. El número de caso está en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4. SÁLTE LA PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingreso si menciona un número de caso SNAP, TANF, FDIPIR.

PARTE 3 & 4

TODOS LOS OTROS HOGARES DEBEN COMPLETAR PARTES 3 Y 4.

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, sin importar si tienen ingresos o no. Inclúyase a usted, los niños para los que aplica, todos los otros niños, su esposo o esposa, abuelos y otras personas relacionadas o no de su hogar. Use otra página si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad del ingreso actual que recibe cada miembro del hogar, antes de deducir los impuestos o cualquier otra cosa e indique de dónde viene, como las ganancias, servicios de bienestar público (welfare), pensiones y otro ingreso. Si el ingreso actual es más o menos que el usual, escriba el ingreso usual de la persona. **Especifique la frecuencia en la que se recibe este ingreso: semanalmente, cada dos semanas (bi-semanalmente), 2 x por mes, mensualmente. Si no hay ingreso, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado de niños proveído o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago para tal cuidado de niños o reembolso para los costos de tal cuidado bajo las Becas de Garantías de Cuidado de Niños y Desarrollo "Child Care and Development Block Grant", TANF y Programas de Cuidado de Niños en Riesgo "At Risk Child Care Programs" no deberían ser considerados como ingresos para este programa.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo puede ser elegible para los beneficios de Asistencia Médica "Medicaid" o Programa de Seguro de Salud para Niños "Children's Health Insurance Program" (CHIP). Para determinar si su niño es elegible, los oficiales del programa necesitan información proveída en este formulario. Se requiere su consentimiento escrito antes de que se entregue cualquier información. Por favor refiérase a la Carta de Divulgación y Declaración de Consentimiento para la información de otros beneficios.

DECLARACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

Declaración de Uso de Información: El Departamento de Educación del Estado de Nueva York y el Acta Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requieren la información en este formulario. Usted no tiene que dar la información, pero si no envía, toda la información necesaria, no podemos determinar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir beneficios adicionales bajo los programas estatales y federales. Sostenemos la información que nos proporcione como privada y confidencial en la medida requerida por las leyes, y para la administración y ejecución, de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con varios programas estatales y federales de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a examinar violaciones de las reglas del programa. Independientemente, todos los estudiantes matriculados en una Escuela de Opción Elegible de la Comunidad recibirán comidas gratis.

RECLAMACIÓN DE DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con las leyes Federales de derechos civiles y con las regulaciones y políticas de derechos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones participando en o administrando programas de USDA están prohibidas de discriminar basándose en la raza, el color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retaliación por actividad de derechos civiles anterior en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (ej., Braille, impresión a mayor escala, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americanos, etc.), deberían contactar a la Agencia (Estatal o local) donde aplicaron para los beneficios. Los individuos que sean sordos, de audición difícil o tienen discapacidades de habla pueden contactar al USDA a través del Servicio de Transmisión Federal en el (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en idiomas otros que el inglés.

Para presentar una queja de discriminación, complete el [Formulario de Queja por Discriminación USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) encontrado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta al USDA y dé en la carta toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o carta para USDA a:

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| (1) Correo: Departamento de Agricultura de los EE.UU.
Oficina del Secretario Adjunto para los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; | (2) Fax: (202) 690-7442; o | 3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov . |
|---|----------------------------|---|

Esta institución es proveedora de oportunidades igualitarias.