

FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION INSTRUCTIONS

IF ANY MEMBER OF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES FOOD ASSISTANCE PROGRAM OR TANF BENEFITS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part 1: Print the name and date of birth of the child you are applying for. Print the name and address of the child care center the child attends, if not already pre-printed. **Part 2:** List the current Food Assistance Program (formerly known as the Food Stamp Program) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number. The case number is on your letter of eligibility; it is not the number on your EBT card. **Skip Part 3.** **Part 4:** An adult household member must sign the form, but the last four digits of the signer's social security number are not necessary. Complete the address and phone number fields and date the form. **Part 5:** You are not required to answer this question. However, providing this information will help ensure equal access to the Child Care Food Program.

IF YOU ARE APPLYING FOR A FOSTER CHILD, CHOOSE ONE METHOD BELOW TO APPLY:

NOTE: With appropriate documentation, foster children are automatically eligible for free meals regardless of the income of the household with whom they reside. Households wishing to apply for meal benefits for foster children should contact us if they have any questions.

Method 1: Provide official documentation from the foster care agency or court that placed the child with the specific household. With such documentation, it is not necessary to complete the Free and Reduced-Price Meal Application.

Method 2: Complete the Free and Reduced-Price Meal Application according to these instructions – **Part 1:** Print the name and date of birth of the child you are applying for. Print the name and address of the child care center the child attends, if not already pre-printed. **Skip Part 2.** **Part 3:** List the child's name, check the box in the "Foster Child" column, and report the child's personal use income, if any, in the "All Other Income" column. **"Personal use" income is a) money given by the welfare office identified by category for the child's personal use, such as for clothing, school fees, and allowances; and/or b) all other money the child receives, such as money from his/her family and money from the child's full-time or regular part-time jobs.** Do not include payments to the household for the care of the foster child. If the child receives no income, check the "NO INCOME" box in the last column. **Part 4:** A foster parent or other official representing the child must sign the form, but the last four digits of the signer's social security number are not necessary. Complete the address and phone number fields and date the form. **Part 5:** You are not required to answer this question. However, providing this information will help ensure equal access to the Child Care Food Program.

Method 3: Complete the Free and Reduced-Price Meal Application according to the instructions below for ALL OTHER HOUSEHOLDS.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part 1: Print the name and date of birth of the child you are applying for. Print the name and address of the child care center the child attends, if not already pre-printed.

Skip Part 2.

Part 3:

- (1) Write the names of everyone in your household, whether they receive income or not. Include yourself, the child you are applying for, all other children, your spouse, grandparents and other related and unrelated people in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) If a household member is a foster child, check the box in the "Foster Child" column next to his/her name.
- (3) Write the amount of income each household member regularly receives, before taxes or anything else is taken out, and how often it is received. List income in the appropriate column(s) to designate the source of the income, such as earnings, welfare, pensions, and other income (refer to examples below for types of income to report). If a foster child is listed, report his/her personal use income, if any, in the "All Other Income" column. Refer to Method 2 above for the definition of a foster child's personal use income. Do not include payments to the household for the care of the foster child as income for any household member. If any amount(s) received during the last month was more or less than usual, write that person's usual income.
- (4) For any person with no income, including children, check the "NO INCOME" box in the last column.

Part 4: An adult household member must sign the application and give the last four digits of his/her social security number (or write NONE if s/he doesn't have a social security number).

Part 5: You are not required to answer this question. However, providing this information will help ensure equal access to the Child Care Food Program.

INCOME TO REPORT

Earnings from Employment:

Wages/salaries/tips
Strike benefits
Unemployment compensation
Worker's compensation
Net income from self-owned business or farm

Pensions/Retirement/Social Security:

Pensions
Supplemental security income
Retirement income
Veteran's payments
Social security

Other Income:

Disability benefits
Cash withdrawn from savings
Interest/dividends
Income from estates/trusts/investments
Regular contributions from persons not living in the household
Net royalties/annuities/net rental income
Any other income

Certain Military Income and Benefits:

All cash income for off base commercial, private housing allowances, excluding the Military Housing Privatization Initiative and Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA)

All cash income for uniform allowances

All cash income made available to the household, except for combat pay received under certain conditions

Does not include "in-kind" benefits NOT paid in cash (base housing, clothing, food, medical care, etc.)

Welfare/Child Support/Alimony:

Public assistance payments
Welfare payments
Alimony/child support payments

Florida Department of Health

Child Care Food Program

Child Participation Form

Name of Child: _____ Name of Facility: _____

Dear Parent:

Please fill out the following information so that your child may participate in the Child Care Food Program, which reimburses child care providers for serving nutritious, well-balanced meals to children in child care.

If child care hours are the same every day, please complete this chart.		
Day	Normal Hours in Care	Meals Normally Received While in Care
Mon – Fri	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>

OR

If child care hours are <u>not</u> the same every day, please complete this chart.		
Monday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Tuesday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Wednesday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Thursday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Friday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Saturday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Sunday	_____ a.m. to _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>

Check here if your child has no regularly scheduled hours of care

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Phone Number: _____

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE ALIMENTOS DE PRECIO REDUCIDO O GRATIS

SI CUALQUIER MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE AYUDA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL O BENEFICIOS TANF, SIGUA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba el nombre y fecha de nacimiento del niño por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado infantil en donde el niño(a) asiste. Escriba el horario de cuidado de su niño(a). Marque con un círculo los días de la semana en los que su niño(a) asiste mayormente en el centro de cuidado infantil y las comidas que usted espera que el centro le sirva a su niño(a): desayuno, merienda en la mañana, almuerzo, merienda en la tarde, cena, y/o merienda de la noche. **Parte 2:** Liste el número de caso actual de la ayuda que recibe del Programa de Asistencia Nutricional (anteriormente conocido como Programa de Cupones de Alimentos) o el número de caso de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas. El número de caso está en su carta de elegibilidad; no es el número en su tarjeta EBT. **Salte la Parte 3. Parte 4:** La aplicación debe ser firmada por un adulto miembro del hogar, pero los cuatro últimos números del seguro social del adulto no son necesarios. Complete las secciones para la dirección y el número de teléfono y firme la aplicación. **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

SI USTED ESTA APLICANDO POR UN NINO BAJO CUIDADO TEMPORAL ADOPTIVO, ESCOJA UNO DE LOS METODOS DE ABAJO PARA APLICAR:

NOTA: Con la documentación apropiada, los niños bajo cuidado temporal adoptivo son automáticamente elegibles para alimentos gratis independientemente del ingreso en el hogar en donde el niño(a) reside. Los miembros del hogar que deseen aplicar para beneficios de alimentos para niños bajo cuidado adoptivo temporal deben contactarnos si tienen alguna pregunta.

Método 1: Proporcione los documentos oficiales de la agencia de cuidado adoptivo temporal o de la corte que asigno al niño(a) con el hogar específico. Con estos documentos, no será necesario que complete la aplicación para alimentos de precio reducido o gratis.

Método 2: Complete la aplicación para alimentos precio reducido o gratis de acuerdo a estas instrucciones – **Parte 1:** Escriba el nombre y fecha de nacimiento del niño(a) por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado infantil en donde el niño(a) asiste. **Salte la Parte 2. Parte 3:** Liste los nombres o nombre del niño(a), marque la caja en la columna para "Cuidado Adoptivo Temporal", y reporte el ingreso para uso personal del niño(a), si lo hay, en la columna "Cualquier Otro Ingreso". Ingreso para "Uso Personal" es **a) dinero dado por la oficina de asistencia social identificado por categoría para el uso personal del niño(a), como para ropa, matrículas escolares, subsidio; y/o b) cualquier otro dinero que el niño(a) recibe, como dinero proveniente de su familia o dinero proveniente del trabajo de tiempo completo o medio tiempo del niño(a).** No incluya los pagos que el hogar recibe por el cuidado del niño(a) bajo adopción temporal. Si el niño no recibe ingreso, marque la caja "NO RECIBE INGRESO" en la última columna. **Parte 4:** La aplicación debe ser firmada por el padre adoptivo temporal o por otro representante oficial del niño(a), pero los cuatro últimos números del seguro social del adulto no son necesarios. Complete las secciones para la dirección y el número de teléfono y firme la aplicación. **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

Método 3: Complete la aplicación para alimentos de precio reducido o gratis de acuerdo a las instrucciones de abajo PARA TODOS LOS OTROS HOGARES.

TODOS LOS OTROS HOGARES, SIGUAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

Parte 1: Escriba el nombre y la fecha de nacimiento del niño(a) por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado de niños en donde su niño(a) asiste. **Salte Parte 2. Parte 3:**

- 1) Escriba los nombres de todos en el hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, el niño(a) por el que está aplicando, otros niños, su esposo(a), abuelos y cualquier otro miembro familiar que viva en el mismo hogar. Utilice papel adicional si necesita más espacio.
- 2) Si un miembro de la familia está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la caja en la columna para "Cuidado Adoptivo Temporal" al lado del nombre.
- 3) Escriba el ingreso que cada miembro del hogar recibe regularmente, antes de los impuestos o cualquier otra disminución, y coloque la frecuencia en la que es recibido. Coloque el ingreso en la columna(s) apropiada para designar la proveniencia del ingreso, tal como ganancia, importe de asistencia social, pensiones, y cualquier otro tipo de ingreso (**revise los ejemplos abajo para identificar los tipos de ingresos a reportar**). Si un niño(a) bajo cuidado adoptivo temporal está en la lista, reporte el ingreso que el niño(a) revise para uso personal, si lo hay, en la columna "Cualquier otro Ingreso". Revise el Método 2 arriba para la definición de uso personal en niños bajo cuidado adoptivo temporal. No incluya los pagos recibidos por el cuidado del niño(a) adoptado temporalmente como ingreso. Si cualquier dinero recibido en el último mes fue más o menos que lo usual, escriba el ingreso usual de la persona.
- 4) **Para cualquier persona sin ningún ingreso, seleccione la última columna marque la caja "NO RECIBE INGRESO."**

Parte 4: La aplicación debe ser firmada por un adulto del hogar y debe incluir los cuatro últimos números del seguro social del adulto (o escriba NINGUNO si la persona no tiene número de seguro social). **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

INGRESOS A DECLARAR

<u>Sueldo del trabajo:</u>	<u>Pensiones/Jubilación/Seguro Social:</u>	<u>Otro ingreso mensual/trabajo por cuenta propia:</u>
Sueldo/salario/propinas	Pensiones	Beneficios por discapacidad
Beneficios por huelga	Ingreso de seguridad complementario	Efectivo retirado de ahorros
Compensación por cesantía	Ingreso por jubilación	Interés/dividendos
Compensación al trabajador	Pagos a ex-combatientes	Ingreso de bienes
raíces/fideicomisos/inversiones	Seguro Social	Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar
Ingreso neto de empresa propia, cuidado de niños o granja		Derechos netos de autor/pensión vitalicia neto por arriendo
		Cualquier otro ingreso

Algunos Ingresos Militares y Beneficios:

Todo ingreso efectivo recibido fuera de la base comercial, subsidio privado para casa, excluyendo la Iniciativa Privada para Vivienda Militar y Suplemento de Subsidio Familiar (FSSA)
Todo ingreso por subsidio de uniformes
Todo el ingreso que recibe la familia, con excepción de pago por combate recibido bajo ciertas circunstancias

Esto no incluye beneficios que no sean en ingreso en efectivo (vivienda militar, ropa, comida, servicios médicos, etc.)

Asistencia Social/Pensión para hijos/Pensión alimenticia:

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión alimenticia pagos de pensión para hijos

CCFP Formulario de Participación del Niño (Child Participation Form – Spanish)

Nombre del establecimiento: _____

Estimados padres:

Completen la siguiente información para que su hijo pueda participar en el Programa de Alimentación para el Cuidado Infantil, que proporciona reembolsos a los proveedores de cuidado infantil por servir comidas nutritivas y bien equilibradas a los niños de los establecimientos de cuidado infantil.

Nombre del niño: _____

Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla.		
Día	Horario de guardería normal	Comidas que recibe normalmente mientras se encuentra en el establecimiento de cuidado infantil
Lunes a viernes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>

o

Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño <u>no</u> es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla.		
Lunes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Martes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Miércoles	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Jueves	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Viernes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Sábado	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Domingo	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>

Marque aquí si su niño no tiene un horario programado regularmente para servicios de cuidado

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____