



Latch Key

OPENING THE DOOR TO OPPORTUNITY

"PEARL GRIFFIN MEMORIAL"

2411 Coggin Avenue/P.O. Box 2121, Brownwood, Texas 76801

325-646-2138/325-646-7066 (fax)

www.latchkeyprogram.org latchkeyprogram76801@gmail.com

Application for Admission and Contract

Niño, aos : _____ Nombre de la Seguridad Social #: _____

Sexo : _____ Edad : _____ Niño, aos cumpleaños : _____

Domicilio : _____ Cell Phone : _____

Madre, Nombre : _____ Employeer : _____

Madre del paso: _____ Employeer: _____

Teléfono de la empresa : _____ Dirección : _____ Horas : _____

Padre, aos Nombre : _____ Employeer : _____

Padre del paso: _____ Employeer: _____

Teléfono de la empresa : _____ Dirección : _____ Horas : _____

Persona (s) con la custodia legal del niño : _____ Relación : _____

Dirección y número de teléfono si es diferente de los padres : _____

En primer permiso de Ayuda de Emergencia y de Información

Médico de familia : _____ Teléfono : _____

En caso de emergencia, cuando ninguno de los padres puede ser alcanzado por favor contacte:

Nombre : _____ Relación : _____ Teléfono : _____

Direccion: _____

Cualquier alergia lista especial, enfermedades, etc en el que el personal clave debe ser Latch consciente de : _____

Haremos todo lo posible para satisfacer cualquier necesidad especial. Háganos saber si su hijo tiene limitaciones, adaptaciones, equipo de adaptación o medicamentos. _____

Registro actual de vacunas en los archivos de in Brownwood, Texas: (Circle)

| | | | | | |
|---------------|--------------|-----------------------------|---------------|-------------|----------|
| Noroeste; | Oriente; | Woodland Heights; | Coggin; | Intermedio; | Renuncia |
| 311 Bluffview | 2700 Vincent | 3900-4 th Street | 1005 Avenue B | 800 Rogan | |

Tiene la clave de la administración Cierre, el personal y / o voluntarios permiso para administrar los primeros auxilios a mi hijo. En caso de emergencia, el administrador de inmediato los contactos con los padres. Si ni el padre ni el contacto de emergencia se puede llegar, me da permiso quedará para el médico seleccionado por el administrador de claves Cierre de hospitalizar at Brownwood Region Medical Center y / o asegurar el tratamiento adecuado para mi hijo.

Padre / Guardian : _____ Fecha : _____

Los individuos autorizados a recoger a su hijo

Estimados padres:

De conformidad con la ley estatal que debemos tener en archivo los nombres, direcciones y números de teléfono de los individuos autorizados a recoger a su hijo de nuestro programa. Si alguien llega a recoger a su hijo y no los conocen y su nombre no aparece en nuestro archivo que no puede permitir que su hijo salga con ellos.

Por favor escriba a continuación cualquier persona, a su nombre, dirección y número de teléfono que puede recoger a su hijo para que podamos evitar cualquier incomodidad, inconveniencia o tragedia.

Gracias por su cooperación.

_____ maybe recogido en Latch Key por el texto siguiente:

(Niño, el nombre de AO)

Nombre

Teléfono

Entiendo que si el nombre no aparece en esta lista, mi hijo no será liberado.

_____ Firma

_____ Número de Seguro Social (Padres)

_____ Fecha de

Por favor incluya su talón de cheque actuales cuando entregue su solicitud completa. Las solicitudes no pueden ser procesados sin un talón de cheque ACTUAL. Gracias.

Latch Key Brownwood sigue el calendario del Distrito Escolar Independiente. Lunes a viernes de 3:00-5:30. Nos servirá un refrigerio por la tarde a través del programa CACFP. Latch Key no discrimina raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, religión o creencias políticas.

Pick-up Política

Nuestro Programa de Cierre número depende de las facilidades de transporte del Distrito Escolar Independiente de Brownwood y el Programa de Head Start.

Yo doy mi permiso para que mi hijo _____ to ser transportados en las escuelas públicas o Brownwood de Head Start por sus autobuses escolares para el programa número cerrojo en la Primera Iglesia Cristiana.

_____ Padre / Tutor

_____ Fecha

_____ Nombre de la Escuela

_____ Grado
(la calificación que está solicitando)

Pearl Griffin Memorial Latch Key Program

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta está dirigida a todos los padres o tutores de niños que están inscritos en centros de cuidado infantil. [Nombre del Centro] ofrece comidas saludables para todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés).

El CACFP ofrece reembolsos por comidas y meriendas saludables que se les sirven a los niños inscritos en centros de cuidado de niños. Por favor, ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP llenando el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas que está adjunto a esta carta. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si su hijo(s) califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido.

1. ¿Debo llenar un Formulario de Calificación para el Beneficio de Comidas por cada hijo que esté en un centro de cuidado diario? Podría ser que tenga que completar y presentar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP para todos los niños de su hogar que están inscritos para recibir cuidado diario, pero sólo si están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, por eso, debe asegurarse de leer las instrucciones con cuidado y llenar toda la información que se solicita. **Devuelva el formulario ya llenado a: [nombre del centro, dirección, número de teléfono].**

2. ¿Quién puede recibir comidas gratis sin tener que entregar información sobre ingresos? Pueden recibir comidas gratis los niños en hogares inscritos en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (anteriormente "Estampillas para comida"), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR). Los niños en familias de crianza (consulte la pregunta N° 8 si desea más información sobre niños de crianza) y los niños inscritos en el Programa "Head Start" (HSP), el Programa "Early Head Start" (EHSP), o el Programa Even Start ESP) y que aún no han comenzado el jardín infantil, también califican para recibir comidas gratis. Los hogares que tienen niños inscritos en un HSP, EHSP, o ESP, pueden entregar una carta de certificación del programa de que el niño está inscrito, y así no necesitan llenar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

3. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Los niños pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precios reducidos de la Tabla de Ingresos que se envió junto con esta solicitud. Los niños en hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas a precio reducido.

4. ¿Puedo llenar el formulario si en mi hogar hay una persona que no es ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para el beneficio de comidas del centro.

5. ¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir a todos los miembros de su hogar (es decir, los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) que comparten los ingresos y los gastos. Debe incluirse usted mismo y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir a los niños de crianza que viven con usted.

6. ¿Cómo entrego la información sobre mis ingresos y notifico los cambios en mi situación laboral? Su informe de ingresos debe presentar los ingresos totales brutos recibidos el último mes por cada miembro del hogar indicando la fuente. Si su informe de ingresos del último mes no refleja con exactitud su situación, puede presentar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no ha tenido cambios importantes, puede usar los ingresos del mes pasado como base para preparar esa proyección. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los montos indicados para el tamaño de su hogar en la Tabla de Ingresos adjunta, el centro recibirá un mayor nivel de reembolsos. Una vez que tenga la aprobación para recibir beneficios gratis o a precios reducidos, ya sea mediante ingresos o presentando un número de caso vigente del SNAP, TANF, o FDPIR, usted seguirá calificando para recibir esos beneficios por 12 meses. Sin embargo, deberá notificarnos si usted o alguien de su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su hogar queden dentro de los parámetros para calificar.

7. ¿Qué puedo hacer si mis ingresos no siempre son iguales? Indique el monto que percibe normalmente. Por ejemplo, si sus ingresos mensuales generalmente son de \$1000, pero en el último mes no trabajó tanto y sólo recibió \$900, indique que recibe \$1000 mensuales. Si generalmente trabaja horas extras, debe incluir eso también, pero no lo incluya si es solamente a veces.

8. ¿Qué hago si tengo niños de crianza? Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal de crianza califican para recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza del hogar califica para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar. Los hogares pueden incluir a niños de crianza en el Formulario de Beneficios de Comidas, pero no están obligados a incluir los pagos recibidos para el niño de crianza como ingresos. Los hogares que deseen solicitar esos beneficios para los niños de crianza pueden entregar al cuidador del niño el Formulario 2085FC *Autorización de Colocación en Crianza / Cuidado Residencial* del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas, y así no tendrán que llenar el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

9. Pertenece al ejército, ¿debemos incluir nuestras pensiones de vivienda y suplementaria como ingresos? Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas del Ejército, y además recibe Un Beneficio Suplementario de Subsistencia Familiar, no incluya esas pensiones como ingresos. Además, con relación a miembros del ejército en zonas de combate, sólo se contará como ingresos del hogar la parte de los ingresos del miembro del ejército que hayan sido designados por él o a nombre suyo para que vayan al hogar. Los sueldos por combate, incluyendo el Pago de Incentivos de Extensión de Servicio (DEIP) también quedan excluidos y no se contarán como ingresos del hogar. Todas las demás pensiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

10. (Únicamente para el programa de precios) ¿Se verificará la información que yo presente? Quizás. Quizás le pidamos que envíe prueba escrita para verificar la información que presentó en el formulario. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión que se tome sobre la información que yo coloque en este formulario?** Puede comunicarse con [ingrese el nombre de la persona que está a cargo de manejar las quejas/desacuerdos], ya sea en persona o mediante el siguiente número de teléfono: [ingrese el número de teléfono del empleado ya mencionado]. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Latch Key PO Box 2121, Brownwood, Texas 76804 325-646-2138**

En el manejo de los programas de alimentación infantil, no se discriminará a personas según su raza, color de la piel, nacionalidad de origen, género, edad, o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta, o necesita ayuda, llame al 325-646-2138.

Atentamente,

Jessica Hardy, Executive Director



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): | | | | |
| Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido) | 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 | | |
| | <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, o FDIPIR, 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 <i>Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)</i> , proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____ | | | | |
| Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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: _____ Anote una o más identidades raciales: _____

hispano o latino

No hispano ni latino

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 categórica: ____ 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: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Texas Department of
Protective and Regulatory
Services

Parent's Acknowledgement

This is to acknowledge that Latch Key _____
(Name of Facility Staff)

has provided me with A Parent's Guide to Day Care and has discussed its contents with me.

(Signature-Parent)

(Date)

1. Child-care facilities must provide parents with a copy of "A Parent's Guide to Day Care" and review its contents with them.
2. Parents acknowledge receiving the Parent's Guide by signing and dating this form.
3. This acknowledgement is kept in the child's record as long as the child remains at the facility.

NOTE: Failure to provide parents with A Parent's Guide to Day Care, review its contents, and obtain a signed receipt, is a violation of standard 2300.A, Day Care Minimum Standards and Guidelines