



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 : _____ Employeeer : _____

Madre del paso: _____ Employeeer: _____

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

Padre, aos Nombre : _____ Employeeer : _____

Padre del paso: _____ Employeeer: _____

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 : _____

Email address for Procure Program: _____

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 : _____

Dirección: _____

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 or 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 ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

Nombre de la guardería infantil o proveedor de guardería: _____

Parte 1. Todos los integrantes del grupo familiar

Nombre del (de los) niño(s) inscrito(s): _____

Nombres de todos los integrantes del grupo familiar (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	MARQUE SI SE TRATA DE UN NIÑO BAJO CRIANZA TEMPORAL (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR O UN TRIBUNAL) O DE UN NIÑO SIN HOGAR. * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON NIÑOS BAJO CRIANZA TEMPORAL O SIN HOGAR, PASE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR 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"/>

Parte 2. Beneficios. Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR, facilite el nombre y el número de elegibilidad de dicha persona. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la parte 3.
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Se aplica solo a padres o tutores con niños inscritos en una guardería o en grupos familiares proveedores de guarderías). Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios indicados en el formulario adjunto "Lista de programas elegibles financiados con fondos federales o estatales" (H1660), facilite el nombre del programa y el número de elegibilidad:
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____
 Marque aquí si no tiene número de elegibilidad

ADEMÁS, SÍRVASE ADJUNTAR PRUEBAS OFICIALES DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MENCIONADO. Pase a la parte 4 si usted no es proveedor de guardería, no tiene un niño inscrito en una guardería o no participa en un programa calificado.

Parte 4. Ingresos brutos familiares totales: debe notificarnos su monto y su frecuencia

A. Nombre (Indique únicamente los integrantes del grupo familiar que devengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron. NOTE: Los trabajadores por cuenta propia declaran los ingresos después de gastos en la casilla 1.			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguridad Social, Programa SSI, beneficios para veteranos	4. Todos los demás ingresos
	\$200/semana	\$ 150/dos veces al mes	\$100/mes	\$200/dos veces al mes
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (debe firmar un adulto)
 Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. Si se completa la parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir 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" en la página siguiente).

Certifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que el centro o la guardería recibirá fondos federales en función de la información que facilite. Entiendo que los funcionarios del Programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa a sabiendas, el participante que recibe las comidas puede perder dichos beneficios y que se me puede someter a enjuiciamiento.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____
 Fecha: _____
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: *-*-*-*-*-*-*-* _____ No tengo un número de Seguro Social



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)		
Marque una identidad étnica:		Marque una o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Afroamericano	
Parte 7. Compartir información con otros programas (OPCIONAL)		
La información anterior puede divulgarse con la finalidad de inscribir a los niños en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Los padres o tutores no están obligados a dar su consentimiento para dicha divulgación y escoger no permitirla no afectará de manera negativa la elegibilidad del niño.		
<input type="checkbox"/> Opto por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.		
<input type="checkbox"/> No opto por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.		
No complete esta parte. Es solo para uso oficial.		
Conversión a ingresos anuales: semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12		
Ingresos totales: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos (2) semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
Tamaño del grupo familiar: _____		
Elegibilidad categórica: _____ Fecha de retiro: _____ Elegibilidad: Gratuitas _____ A precio reducido _____ Rechazado _____ Nivel I _____		
Nivel II _____		
Motivo: _____		
Firma del funcionario encargado de la toma de decisiones: _____ Fecha: _____		
Firma del funcionario encargado de confirmaciones: _____ Fecha: _____		
Firma del funcionario de seguimiento: _____ Fecha: _____		
Declaración de la Ley de Privacidad.		
La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información contenida en esta solicitud. No es obligatorio que facilite la información. Sin embargo, si no lo hace, no podremos otorgar aprobación al participante para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Sin embargo, el número de Seguro Social no es obligatorio cuando usted presenta la solicitud en nombre de un niño bajo crianza temporal o si señala un identificador de elegibilidad del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o de otro programa calificado, o bien cuando se indica que el integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y ejecución del programa.		
Declaración de no discriminación.		
De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores en materia de derechos civiles.		
La información sobre programas puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con USDA's TARGET llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY) o bien ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.		
Para presentar una queja por discriminación en programas, el reclamante debe completar el formulario AD-3027 ("Formulario de presentación de quejas por discriminación en programas del USDA"), que se puede obtener en línea en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf , desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del reclamante con suficiente detalle con el fin de informar al secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta contravención en materia de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA así:		
(1) Correspondencia: U.S. Department of Agriculture (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov . Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410		
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.		

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