



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

La guardería para niños operará
de lunes a viernes de 7:00 a.m. a
5:00 p.m.

Especifique las horas y los días en que asistirá su hijo .

C H I L D	Nombre del niño	
	Fecha de nacimiento	
	Dirección de la casa	

Mantenga actualizados los números de teléfono y las direcciones de la escuela desu hijo.

P A R E N T	Madre/Tutora		Padre/Tutor	
	Nombre		Nombre	
	Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
	Teléfono de casa		Teléfono de casa	
	Celular		Celular	
	Dirección de la casa		Dirección de la casa	

W O R K	Madre/Tutora		Padre/Tutor	
	Nombre de la empresa		Nombre de la empresa	
	Teléfono de la empresa		Teléfono de la empresa	
	Dirección		Dirección	



Por favor, escriba un número de teléfono de contacto válido **que no sean los padres.**

Personas autorizadas para recoger a su hijo y/o contactar en caso de emergencia si ninguno de los dos El padre/tutor está disponible para asumir la responsabilidad del niño.				
E M E R G E N C Y	Nombre del Contacto#1		Nombre del Contacto#2	
	Teléfono de casa		Teléfono de casa	
	Celular		Celular	
	Relación		Relación	
	Dirección		Dirección	

W A L K S	10:122-6.8 Participación de los padres y la comunidad Puede ser firmada por los padres para autorizar la participación en un viaje a pie .
	☐ Doy mi permiso para que mi hijo/a participe en excursiones a pie dentro del centro Barrio y al parque local .
	☐ No doy mi permiso para que mi hijo/ a participe en excursiones a pie dentro de la zona del centro. Barrio y al parque local .
	Entiendo que la ruta a pie no incluye riesgos de seguridad y que las caminatas no implicarán la entrada a ninguna instalación que no sea la siguiente: _____ _____ _____
	Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

C U S T O D Y	Si un padre sin custodia <u>no</u> está incluido entre las personas autorizadas por el padre con custodia para recoger al niño, explique a continuación y adjunte una copia de la orden de corte correspondiente.
	Nombre de la persona que tiene PROHIBIDO recoger al niño: _____
	_____ Nombre Fecha



P O L I C I E S	Yo (nosotros) certifico(camos) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verídica y correcta, y que yo (nosotros) he(hemos) recibido la siguiente información para mis (nuestros) archivos en el hogar: 1. Documento de Información para los Padres 2. Política sobre la Entrega de Niños 3. Filosofía de Disciplina 4. Política sobre el Manejo de Enfermedades/Enfermedades Contagiosas 5. Política de Expulsión Firma del Padre/Madre o Tutor(a): _____ Fecha: _____
	Entiendo que si mi hijo(a) se enferma y necesita atención, la escuela hará todo lo posible por comunicarse conmigo y/o con otra persona designada por mí en este formulario. Si no se logra contacto conmigo o con mi designado(a), o si hay una emergencia que requiere atención inmediata, por la presente autorizo a la escuela a brindar la atención apropiada y necesaria. Si su hijo(a) desarrolla fiebre mientras está en el centro, se le contactará de inmediato y tendrá 1 hora para recogerlo(a). He completado el formulario de permiso para emergencias médicas, el cual autoriza al centro a buscar atención médica de emergencia para mi hijo(a), según lo considere necesario el director o su designado. Firma del Padre/Madre o Tutor(a): _____ Fecha: _____
	Información Racial y Étnica Esta información se recopila únicamente para informes estatales y federales. Es voluntaria y no afectará la inscripción ni la participación de su hijo(a) en nuestro programa. Etnicidad (seleccione una): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Prefiero no responder Raza (seleccione todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder Firma del Padre/Madre o Tutor(a): _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del padre/tutor _____

Dirección del padre/tutor _____

Teléfono Residencial _____ Celular _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Problemas médicos _____

Alergias _____ Medicamento(s) que el niño está tomando _____

Nombre del médico del niño _____ Teléfono _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA NIÑOS/HMO _____

Identificación del número _____ de grupo # _____

Declaro que somos los padres/tutores que tienen la custodia legal del niño mencionado anteriormente y damos fe de que la información anterior es correcta, autorizamos al director de Kiddies Daycare o a la persona designada por el director a obtener tratamiento de emergencia para mi hijo. Doy mi consentimiento para que se le realice un examen de rayos X, un diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y se le brinde atención hospitalaria al menor en un centro médico reconocido, bajo la supervisión general o especial de un médico o cirujano autorizado.

Se seguirán los siguientes pasos en caso de emergencia:

1. Los padres/tutores serán contactados inmediatamente.
2. Se contactará al médico del niño.
3. Intentaremos comunicarnos con usted a través de todas las personas de emergencia enumeradas en el formulario de solicitud del niño.
4. Si no podemos comunicarnos con usted o con el médico de su hijo, haremos lo siguiente o todo lo siguiente:
 - (a) Llame para asistencia de primeros auxilios /transporte de emergencia.
 - (b) Llame a otro médico.
 - (c) Hacer que el niño sea trasladado a un hospital de urgencias en compañía de un miembro del personal.

Firma de los padres: _____ Fecha de la firma: _____



CARTA DE PRESENTACIÓN PARA EL DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DE DYFS A LOS PADRES

Estimados padres:

De acuerdo con los Requisitos de Licencia de Centros de Cuidado Infantil de Nueva Jersey, estamos obligados a proporcionarle a usted, como padre de un niño inscrito en nuestro centro, esta declaración informativa. La declaración destaca, entre otras cosas: su derecho a visitar y observar nuestro centro sin tener que obtener un permiso previo; la obligación del centro de obtener una licencia y cumplir con las normas de concesión de licencias; y la obligación de todos los ciudadanos de denunciar cualquier sospecha de abuso/negligencia/explotación infantil a la División de Servicios para Jóvenes y Familias (DYFS) del Estado.

Por favor, lea atentamente esta declaración y, si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros al: (908) 759-0123.

Sinceramente

Gestión de guarderías para niños

Nombre del niño:

Nombre de los padres/tutores:

He leído y recibido una copia de los documentos de Información a los Padres preparados por la Oficina de Licencias de la División de Servicios para Jóvenes y Familias.

Firma: _____ Fecha: _____



Acuerdo entre la guardería de padres e hijos

Entiendo que soy la persona responsable de recoger a mi hijo. Si no puedo recoger a mi hijo del centro, informaré al centro de otro adulto que será responsable de recoger a mi hijo del centro. Entiendo que esta persona debe tener al menos 18 años de edad o más.

Iniciales _____

He proporcionado al centro 2 o más contactos de emergencia (amigos o familiares) en caso de que no esté disponible para cuidar a mi hijo en caso de cualquier emergencia. Así como mis propios números de teléfono de casa, trabajo y celular actualizados .

Iniciales _____

Entiendo que cuando mi hijo tenga un accidente en casa, informaré al centro. Estoy de acuerdo en llamar al centro si mi hijo está enfermo y va a llegar tarde o estar ausente. Proporcionaré una nota del médico cuando mi hijo esté enfermo y haya estado ausente durante tres días o más.

Iniciales _____

Entiendo que si recogen a mi hijo después de las 5:00 p.m., se aplicará un cargo por pago atrasado de \$1.00 por minuto y debe pagarse dentro de esa semana.

Iniciales _____



10:122-6.8 Política de expulsión

Se puede utilizar para informar a los padres de la política del centro sobre la expulsión de niños de inscripción.

Política de expulsión

NOMBRE DEL CENTRO: Kiddies Daycare

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FIRMA DEL PADRE: _____

Desafortunadamente, a veces hay razones por las que debemos expulsar a un niño de nuestro programa , ya sea a corto plazo o de forma permanente. Queremos que sepa que haremos todo lo posible para trabajar con la familia de los niños para evitar que se haga cumplir esta política. Las siguientes son razones por las que podemos tener que expulsar o suspender a un niño de este centro:

CAUSAS INMEDIATAS DE EXPULSIÓN:

- El niño corre el riesgo de causar lesiones graves a otros niños o a sí mismo.
- El padre amenaza con acciones físicas o intimidatorias hacia los miembros del personal .
- El padre exhibe abuso verbal al personal frente a los niños inscritos .

ACCIONES DE LOS PADRES PARA LA EXPULSIÓN DEL NIÑO:

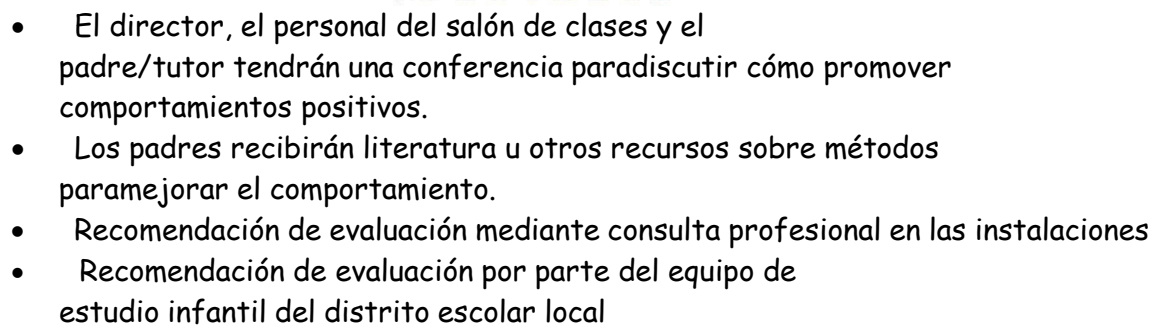
- Impago /morosidad habitual en los pagos.
- No completar los formularios requeridos , incluidos los registros de vacunación del niño.
- Tardanzas habituales a la hora de recoger a su hijo.
- Abuso verbal al personal.
- Otros (explique)_____

ACCIONES DEL NIÑO PARA LA EXPULSIÓN

- Incapacidad del niño para adaptarse después de un período de tiempo razonable .
- Berrinches incontrolables / arrebatos de ira
- Abuso físico o verbal continuo hacia el personal u otros niños
- Mordeduras excesivas
- Otros (explique)_____

HORARIO DE EXPULSIÓN:

- Si después de que las acciones correctivas anteriores no han funcionado, se notificará al padre/tutor del niño verbalmente y por escrito sobre el





Fuente: Administración de medicamentos en el cuidado de niños, Healthy Childcare New Jersey

PERMISO PARA DAR MEDICAMENTOS EN EL CUIDADO DE NIÑOS
(Utilice un formulario por medicamento)

10:122—7.5 Administración y control de medicamentos recetados y sin receta y procedimientos de atención médica. Se puede utilizar para registrar el permiso para la administración de medicamentos en niños.

PERMISO INDIVIDUAL PARA MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del niño _____

Condición del niño para administrar medicamentos:

_____ cold _____ sore throat _____ rash _____ infección de oído _____ dentición
_____ Lesiones _____ Otros _____

Nombre del medicamento/procedimiento _____

_____ Receta _____ sin receta _____ Se requiere la aprobación del médico.

Cantidad a administrar _____ Hora(s) a administrar _____

Fechas a administrar de _____ a _____

Refrigeración necesaria Sí _____ No _____

Refrigeración necesaria Sí _____ No _____

Instrucciones especiales _____

Posibles reacciones adversas _____

Autorizo la administración de medicamentos a mi hijo.

Firma de los padres

Fecha _____

* ¿Está completa toda la información anterior? * ¿Se ha colocado el medicamento fuera del alcance de los niños? * ¿Está el medicamento en el envase original con la etiqueta de la receta? * ¿Está el nombre del niño en el envase? * ¿Está actualizada la fecha de medicación ?



Fechas de administración	Tiempos administrados	Reacciones adversas observadas	Miembros del personal Iniciales

Guardería para niños

Hoja informativa sobre alergias/intolerancias alimentarias

Nombre_del niño_____

Grado__PS__

Curso de Alimentación Actual _____

Alergia alimentaria

Padres - Por favor inicial:

_____Mi hijo tiene una alergia alimentaria. Complete las preguntas adicionales a continuación.

_____Mi hijo NO tiene alergia alimentaria.

Indique a qué alimentos es alérgico su hijo. Marque todo lo que corresponda.

☐ Frutos secos ☐ Trigo

☐ Cacahuets ☐ Huevos

☐ Gluten lácteo ☐

☐ Otro

Indique qué método/s de contacto causan una reacción. Marque todo lo que corresponda.

☐ Inhalación (por el aire)

☐ Ingestión

☐ Toque

Esta declaración es para verificar que he leído/visto cada artículo en su totalidad y que he completado este formulario con respecto a las alergias/intolerancias alimentarias de mi hijo.

Imprimir Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____

Política de Redes Sociales para Padres:

En Kiddies Daycare valoramos su privacidad y la de su hijo. Las siguientes son diferentes circunstancias en las que se tomaría la fotografía de su hijo, dado su consentimiento. Por favor firme si da su consentimiento. *Si no se da la firma, no se tomarán fotografías de su hijo.*

Aquí en Kiddies Daycare nos gusta decorar y personalizar las aulas, lo que incluye etiquetar la cuna y el cubículo de su hijo con su nombre y fotografía. Doy mi consentimiento para que se tome una fotografía de mi hijo y se presente en el salón de clases.

Firma_____

Fecha_____

Nuestras instalaciones utilizan ClassDojo, una aplicación para el aula que nos permite cargar fotos y mensajes a los padres durante todo el día, lo que garantiza que los padres reciban actualizaciones constantes sobre el bienestar y el progreso de sus hijos. Doy mi consentimiento para que mi hijo sea fotografiado para uso exclusivo de ClassDojo.

Firma_____

Fecha_____

Nuestra cuenta de Instagram es @kiddies.daycare y nuestra cuenta de Facebook es Kiddies Daycare. Doy mi consentimiento para cargar la imagen de mi hijo en la cuenta pública de Kiddies Daycare.

Firma_____

Fecha_____

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)					
Child's Name (Last) (First)		Gender ☐ Male ☐ Female		Date of Birth / /	
Does Child Have Health Insurance? ☐ Yes ☐ No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier			
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -	
I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.					
Signature/Date				This form may be released to WIC. ☐ Yes ☐ No	
SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER					
Date of Physical Examination:		Results of physical examination normal? ☐ Yes ☐ No			
Abnormalities Noted:		Weight (must be taken within 30 days for WIC)			
		Height (must be taken within 30 days for WIC)			
		Head Circumference (if <2 Years)			
		Blood Pressure (if ≥3 Years)			
IMMUNIZATIONS		☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____			
MEDICAL CONDITIONS					
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Medications/Treatments • List medications/treatments:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Allergies/Sensitivities • List allergies:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		☐ None ☐ Special Care Plan Attached		Comments	
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		
☐ I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.					
Name of Health Care Provider (Print)			Health Care Provider Stamp:		
Signature/Date					

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

- a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

- b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

- c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.
 - d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.
 - e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.
 - f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.
 - g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.
 - h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.
4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
 - For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
 - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
 - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
 - Print the health care provider's name.
 - Stamp with health care site's name, address and phone number.

2026 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS
FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD
(CACFP Eligibility Application)

NOMBRE(S) Y EDAD(ES) DEL PARTICIPANTE(S):
OPCIONAL: IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA DEL PARTICIPANTE
Marque una identidad étnica:
Marque una o más identidades raciales:

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS NIÑOS SOLAMENTE
OPCIÓN 1A: BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o Cupones para alimentos), Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).
OPCIÓN 1B: HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL)

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS ADULTOS SOLAMENTE
OPCIÓN 2: BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o cupones para alimentos), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), Ingreso de Seguro Social (SSI) o Beneficios de Medicaid.

OPCIÓN 3: ELIGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR - COMPLETE ESTA PARTE SI NO COMPLETÓ OPCIÓN 1A, OPCIÓN 1B, OR OPCIÓN 2
Anota la siguiente información: Miembros de la unidad familiar, número de seguro social, e ingresos mensuales.
Table with 6 columns: NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, INGRESOS (MENSUALES) POR TRABAJO, MENSUALES SEGURO SOCIAL PENSIONES JUBILACIÓN, MENSUALES COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO, MENSUALES ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN PARA HIJOS PENSIÓN ALIMENTICIA, INGRESOS POR UN SEGUNDO TRABAJO O CUALQUIER OTRO INGRESO MENSUAL.

FIRMA DE ADULTO y LOS ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL:
LAS CONSECUENCIAS DE MALA REPRESENTACIÓN:
Firma:
Dirección:
Nombre (en letra de imprenta):
Ciudad/Pueblo:
Estado:
Código Postal:
Fecha:
Numero de Teléfono:

Los últimos cuatro (4) dígitos de seguro social:
Declaración de Privacidad:
NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO OFICIAL.
TO BE COMPLETED BY DAY CARE AGENCY ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE
Determination: Free Reduced Paid
Signature of Determining Official:
TOTAL MONTHLY INCOME \$
Conversion factors to figure monthly income: Weekly x 4.33, Twice a month x 2, Every 2 weeks x 2.15

2025-2026 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS CARTA A LOS PAPAS/PARTICIPANTES

Estimados Padres/Participante:

Nuestra agencia es dependiente en el Programa de Alimentación de Niños y Adultos para poder ofrecer comidas gratuitas o a precios reducidos a nuestros participantes. Es necesario completar toda la información para recibir el reembolso máximo del Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA). Usted puede completar la aplicación para todos los participantes que son miembros de la unidad familiar.

Miembros de la unidad familiar incluye todos que viven en la casa (como abuelos, familia, o amigos) que comparten los ingresos y gastos. Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven en la casa. También puede incluir hijos de crianza (bajo tutela legal de una agencia) que viven con usted. Ya que sea apropiadamente clasificado para los beneficios gratuitos o reducidos por la cantidad de ingresos que declaro o por el número de caso de SNAP, FDPIR, o TANF (SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid para los participantes adultos), su elegibilidad continuará por 12 meses. Si la cantidad de ingresos baja durante el año, deber notificarnos para que podemos hacer los propios cambios.

Los ingresos que usted declaró deben ser los ingresos brutos recibidos por todas las personas en su hogar.

El “Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal” para la comida a un costo reducido está incluido en la parte abaja para su información. Si su ingreso es menor o igual a los estándares abajo, su hijo estará elegible para la Programa de Alimentación de Niños y Adultos, y nuestro centro pueda recibir más fondos para comprar comida más nutritiva para los niños.

Por favor, llene y firma la solicitud para que podemos recibir el reembolso máximo para nuestro centro. No podemos aprobar una aplicación incompleta, así que lee las instrucciones con cuidado y llene toda la información requerida. La solicitud es confidencial y va a quedarse en nuestros archivos.

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/usdaprogram-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 Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, Sw Washington, D.C. 20250-9410; or **2. Fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **3. Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

(Nombre del Centro del Proveedor)
New Jersey Department of Agriculture Child and Adult Food Program

(Numero de telefono)
Phone number 609-984-1250

PARA APLICAR, LLENE UNA DE LAS TRES OPCIONES SIGUIENTES:

- 1. Liste el nombre y apellido del participante.
- 2. Liste los días, las horas y el tipo de comida servida.

Opción 1A o 1B - PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS:

Liste el número de caso si recibe beneficios de los programas SNAP (cupones para alimentos), FDPIR o “TANF” para su hijo. Liste la fecha y firme la solicitud.

Si está aplicando para un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal), marque la caja, liste la fecha y firme la solicitud.

Opción 2 – PARTICIPANTES QUE SON ADULTOS:

Si está recibiendo SNAP (cupones para alimentos), FDPIR, ingreso de seguro social, o beneficios de Medicaid, liste el número de caso y la fecha. Firme la solicitud.

Opción 3 – PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS Y ADULTOS:

Si no está recibiendo SNAP (cupones de alimentos), TANF, FDPIR, ingreso de seguro social o beneficios de Medicaid, liste:

- 3. Nombres de todo los miembros de la unidad familiar que está viviendo en el mismo hogar.
- 4. Los ingresos brutos para cada miembro.
- 5. El número actual de los miembros de la unidad familiar. (#1 + #3 arriba).
- 6. Ingreso actual de los miembros de la unidad familiar (bruto).
- 7. Firme, poner la fecha, y liste los últimos cuatro números del seguro social para el miembro adulto que está firmando la solicitud. Si el miembro no tiene seguro social, marque la caja que dice “No tengo número de seguro social”.
- 8. Liste el nombre del miembro adulto firmando la aplicación.
- 9. Liste la dirección y número de teléfono del miembro adulto que está firmando la solicitud.

Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal
Efectivo de 1 de Julio, 2025 hasta el 30 de Junio, 2026

TAMANO DEL HOGAR	REDUCIDO		
	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL
1	\$20,346 - \$28,953	\$1,697 - \$2,413	\$ 393 - \$ 557
2	\$27,496 - \$39,128	\$2,293 - \$3,261	\$ 530 - \$ 753
3	\$36,646 - \$49,303	\$2,889 - \$4,109	\$ 668 - \$ 949
4	\$41,796 - \$59,478	\$3,484 - \$4,957	\$ 805 - \$1,144
5	\$48,946 - \$69,653	\$4,080 - \$5,805	\$ 943 - \$1,340
6	\$56,096 - \$79,828	\$4,676 - \$6,653	\$1,080 - \$1,536
7	\$63,246 - \$90,003	\$5,272 - \$7,501	\$1,218 - \$1,731
8	\$70,396 -\$100,178	\$5,868 - \$8,349	\$1,355 - \$1,927
Para cada miembro del hogar adicional agregue:	+10,175	+848	+196

