



**División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
Programa de cuidado después de la escuela
Formulario de solicitud para la participación de jóvenes**

Página 1 de 3 - Formulario de solicitud para el programa de cuidado después de la escuela de DFCS

Next Generation Focus, Inc., junto con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) de Georgia, está trabajando para ofrecer un programa extracurricular valioso para los jóvenes de Georgia. La información proporcionada en este formulario va a ayudar a asegurar que los jóvenes seleccionados se beneficien con este trabajo en conjunto. **Llene este formulario en su totalidad y devuélvalo al personal identificado en el lugar del programa. Le agradecemos su cooperación.**

El formulario tiene que ser llenado por el padre, madre, tutor o cuidador.

Información del joven – Esta sección tiene que ser llenada en su totalidad.

Nombre del joven participante (apellido) _____ (nombre) _____ (inicial) _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Género: _____ Masculino _____ Femenino

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ / _____ / _____

¿Se encuentra el joven bajo cuidado tutelar en el estado de Georgia? Sí No

Tenga en cuenta: Si el joven se encuentra bajo cuidado tutelar, pero no en Georgia, indique el nombre del Estado _____

Sección 1

- A. ¿Es el joven solicitante ciudadano de los EE. UU. o residente calificado? Sí No
- B. ¿Es el joven solicitante residente de Georgia? Sí No
- C. ¿Se identifica el joven solicitante con una (1) o más de las tres categorías enumeradas abajo? (Conteste SÍ o NO y marque todas las categorías que se apliquen al joven): Sí No
 - _____ El joven solicitante tiene entre 5 y 17 años de edad; **Q**
 - _____ El joven solicitante tiene 18 años de edad y actualmente está inscrito en la escuela [escuela secundaria, en un programa de GED (Diploma de Equivalencia General) o equivalente o en un instituto de educación superior] y estará inscrito Y asistirá a la escuela durante el próximo año escolar (la verificación de inscripción escolar incluye una carta de la escuela con membrete oficial); **Q**
 - _____ El joven solicitante tiene 18 o 19 años de edad y tiene un menor dependiente Y es el padre o la madre que tiene la patria potestad.

Si una (1) o más de las respuestas a las preguntas de la Sección 1 es NO, el joven NO podrá participar en los servicios financiados por DFCS. Si la respuesta a TODAS las preguntas de la Sección 1 es SÍ, llene el resto del formulario.

Sección 2

¿Recibe actualmente el joven beneficios o servicios de alguno de los programas enumerados abajo? (Tenga en cuenta: usted tendrá que proporcionar la verificación oficial al programa de cuidado después de la escuela o el programa de verano. Consulte el Apéndice C para ver las formas aceptables de verificación):

		Sí	No
A.	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (también conocido como Cupones de Alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Medicaid o Ingresos del Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Programa de comidas a precios reducidos o gratis en la escuela – Tenga en cuenta: La determinación solo tomará en cuenta si el joven individual cumple con los requisitos. Esto no aplica si todos los estudiantes en la escuela reciben almuerzo gratis (universal eligibility).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Peachcare for Kids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si una (1) o más de las respuestas a las preguntas de la Sección 2 es SÍ, el joven cumple con los requisitos para participar en el programa, y el padre, la madre, el representante legal o el tutor pueden llenar la Sección 5. Tiene que proporcionarse la verificación para recibir los servicios marcados en la sección 2. Además, tiene que adjuntarse una copia de la verificación a este formulario. Si el programa no recibe la verificación de los documentos marcados en la sección 2, el joven no podrá participar en el programa.

Si la respuesta a TODAS las preguntas de la sección 2 es NO, el padre, la madre, el tutor o el cuidador TIENE que llenar la sección 3, la sección 4 y la sección 5 para determinar si se reúnen los requisitos. Tiene que proporcionarse la verificación de los documentos marcados en la sección 3 y en la sección 4. Además, tiene que adjuntarse una copia de la verificación a este formulario.

Sección 3

Si contestó NO a TODAS las preguntas de la sección 2, revise esta tabla y escriba el tamaño de su familia, los ingresos anuales brutos de su familia y los ingresos mensuales brutos de su familia para determinar si reúne los requisitos.

Ingresos familiares aceptables para el programa de cuidado después de la escuela de DFCS - Guía de ingresos aceptables

Número de personas en la unidad familiar	Nivel federal de pobreza*	Programa de cuidado después de la escuela de DFCS Guía de los ingresos familiares anuales brutos**	Programa de cuidado después de la escuela de DFCS Guía de los ingresos familiares mensuales brutos
1	\$13,590.00	\$40,770.00	\$3,398
2	\$18,310.00	\$54,930.00	\$4,578
3	\$23,030.00	\$69,090.00	\$5,758
4	\$27,750.00	\$83,250.00	\$6,938
5	\$32,470.00	\$97,410.00	\$8,118
6	\$37,190.00	\$111,570.00	\$9,298
7	\$41,910.00	\$125,730.00	\$10,478
8	\$46,630.00	\$139,890.00	\$11,658
Por cada persona adicional agréguele	\$4,720	Multiplique el Nivel de pobreza federal total por 300%	Divida el Ingreso Anual del Hogar de Atención Después de la Escuela DFCS por 12.

* Los ingresos se basan en las normas del nivel de pobreza de 2022 de la Oficina del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. en los 48 Estados contiguos y el Distrito de Columbia. (Fuente: 87 FR 3315, Página 3315-3316, Número de documento: 2022-01166)

** 300 % del nivel federal de pobreza. Publicadas el 12 de Enero de 2022.

Tamaño de la unidad familiar* _____
 Ingresos familiares anuales brutos \$ _____ Ingresos familiares mensuales brutos \$ _____

* Consulte el Apéndice A para ver la definición de unidad familiar.

Sección 4

Complete la sección 4 escribiendo su nombre, el nombre del menor (los menores) que vive(n) con usted y el otro padre o madre de su(s) hijo(s) si él o ella vive con usted. Indique los ingresos brutos mensuales de cada uno.

Composición de la unidad familiar e ingresos					
<i>Los ingresos mensuales brutos son los ingresos antes de impuestos y deducciones.</i>					
Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Parentesco	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Fuente de ingreso	Cantidad (Ingresos brutos mensuales)	¿Con qué frecuencia los recibe?
	USTED MISMO				

Sección 25

Revise y firme la Sección 5 como aviso y firma de verificación.

Aviso y firma del solicitante

Estamos pidiendo el número de Seguro Social de su hijo(a), ya que cualquier persona que solicita o recibe beneficios federales tiene que darnos su número de Seguro Social. La ley federal 409(a) (4) de la Ley del Seguro Social y los reglamentos federales (45 CFR 264.10) nos permiten obtener esta información.

Al firmar esta solicitud,

- juro, bajo pena de perjurio, que según mi leal saber y entender, toda la información y las declaraciones que he proporcionado en esta solicitud son verdaderas, y
- me comprometo a cooperar con cualquier intento para verificar la información proporcionada.
- Si soy seleccionado(a) para participar en el programa, me comprometo a cumplir con todas las normas y directrices.

Información del padre, madre, tutor o cuidador – Esta tiene que ser llenada en su totalidad.

Nombre del padre, madre, tutor o cuidador (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono _____ N.º del trabajo _____ N.º de celular _____

Nombre del padre, madre, tutor o cuidador en letra de imprenta

Fecha

Firma del padre, madre, tutor o cuidador

Fecha

Tiene que ser llenado por el proveedor de servicio del programa de cuidado después de la escuela o el programa de verano financiado por DFCS

Con mi firma abajo, certifico que la información presentada en este formulario fue revisada, verificada y confirmada** y cumple con las normas y las directrices del programa de cuidado después de la escuela de DFCS que se indican en este formulario. También certifico que este formulario se mantendrá en el expediente del joven participante en un lugar confidencial.

Firma del personal del programa autorizado

Título

Fecha

** Consulte el Apéndice B para ver las fuentes de pruebas de verificación de ingresos

APÉNDICES

***Apéndice A: Unidad familiar**

La definición de familia que utiliza el Departamento de Servicios Humanos, programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), incluye el menor dependiente para el cual se solicita asistencia y algunas otras personas que vivan en el hogar con el menor y requieran ser incluidos como parte de la familia.

Las siguientes personas se consideran miembros de la unidad familiar:

- Un padre o madre biológico(a) o adoptivo(a) del menor dependiente para el cual se solicita asistencia;
- Un(a) hermano(a), menor de edad que reúne los requisitos, [hermano(a) de padre y madre, medio hermano(a) o adoptivo(a)] del menor dependiente para el cual se solicita asistencia;
- Otros menores que vivan en el hogar y que tengan cierto grado de parentesco con el familiar beneficiado, pero que no son miembros de la unidad familiar; y
- Un pariente que no es el padre ni la madre y es el cuidador, si ninguno de los padres vive en el hogar o si el padre o la madre viven en el hogar y reciben Ingresos del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

****Apéndice B: Fuentes de pruebas de verificación de ingresos y fuentes de ingresos aplicables**

Es necesario obtener la verificación de ingresos y adjuntar una copia al formulario de ingresos del joven participante.

Ejemplos de verificación de ingresos derivados del trabajo:

- Recibos por pago de sueldos y salarios o recibos de las ganancias de las cuatro semanas más recientes;
- Formularios W-2;
- Documentación emitida, firmada y fechada por el empleador;
- Libreta o libro de contabilidad personal (ej. trabajador por cuenta propia);
- Declaraciones trimestrales de impuestos;
- Declaraciones anuales de impuestos cuando se presentan en el trimestre enero - marzo;
- Carta o declaración del empleador
- Documentación de otro personal de DFCS como el administrador de casos (CM); o
- Formulario 809 o estado de cuenta detallado lleno por el empleador.

Ejemplos de verificación de ingresos no derivados del trabajo:

- Copia de un cheque reciente con recibos de pago (de las últimas 4 semanas);
- Cartas de determinación o declaración escrita, firmada y fechada por el pagador;
- Registros del Seguro Social;
- Registros de Compensación al trabajador;
- Formulario 139 – Declaración de Contribución;
- Registros de reclamos de seguro de desempleo
- Información de SUCCESS; o
- STARS.

Consulte la página 2 del Apéndice B para ver las fuentes de ingresos aplicables.

Ingresos aplicables

Cada una de estas fuentes de ingresos se considera para determinar si se reúnen los requisitos:

Derivados del trabajo

- Sueldos y salarios – Se utilizan los ingresos brutos del solicitante para determinar si califica
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia
- Comisión del empleado
- Servicio de jurado
- Ingresos por alquiler – (pagos regulares y continuos –si se encarga de la administración de la propiedad por un promedio de 20 horas o más por semana)
- Ingresos por inquilino – (pagos regulares y continuos)

No derivados del trabajo

- Pensiones militares
- Regalos de dinero en efectivo, donación caritativa superior a \$300 recibida de una organización que recibe fondos estatales o federales.
- Herencias
- Beneficios de seguro debido a pérdida de ingresos – beneficios pagados por una póliza de seguro debido a pérdida de ingresos
- Beneficios del Seguro Social
- Compensación de desempleo
- Compensación a los trabajadores
- Pensión alimenticia – (pagos regulares y continuos)
- Manutención infantil – (pagos regulares y continuos)
- Asistencia agrícola – los pagos recibidos de los programas patrocinados por el gobierno, tales como el Servicios de Conservación y Estabilización Agrícola
- Beneficios de Veteranos
- Ganancias de capital
- Interés/Anualidad
- Ganancias de capital/dividendos
- Pensión
- Fondo fiduciario
- Pago por discapacidad
- Ingresos por inquilino – (pagos regulares y continuos)
- Ingresos por alquiler – (pagos regulares y continuos –si se encarga de la administración de la propiedad por un promedio de 20 horas o más por semana)
- Compensación diferida a través del plan de jubilación

****Apéndice C: Verificación aceptable de beneficios o servicios**

- **Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Medicaid, PeachCare:** Documentos oficiales que demuestren que el joven recibe beneficios en el momento de la solicitud o inscripción en el programa de cuidado después de la escuela Sistema de Elegibilidad Integrado, carta oficial de la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia que describa los beneficios recibidos).
- **Ingresos del Seguro Suplementario (SSI):** Carta de concesión de la Administración de Seguro Social
- **Almuerzo gratis o a precio reducido:** Carta de concesión que identifique el almuerzo gratis o a precio reducido establecido con base en el cumplimiento de los requisitos individuales por la familia. Tenga en cuenta: Los programas pueden recibir una lista de estudiantes que reciben almuerzos gratis o a precio reducido siempre y cuando la lista sea de la escuela en membrete oficial y tenga la advertencia de que la determinación del cumplimiento con los requisitos para recibir almuerzos gratis o a precio reducido se basa en la solicitud individual de la familia. El almuerzo gratis universal, en la escuela, en la ciudad o en el distrito no es una manera aceptable de calificar para el Programa de cuidado después de la escuela de DFCS.