

## APPLICATION FOR MEALS IN ADULT DAY CARE CENTER

### SOLICITUD DE COMIDAS EN UN CENTRO PARA EL CUIDADO DE ADULTOS DURANTE EL DIA

**To apply for free and reduced price meals in adult day care center, complete this form and return it to the center. If you need help with the form, call the center.**

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido en un centro para el cuidado de adultos durante el día, llene esta forma y devuélvala al centro. Si necesita ayuda para llenar esta forma, llame al centro.

Applicant's Name/Nombre del Solicitante	Home Telephone No./Teléfono de la Casa	Work Telephone No./Teléfono del Trabajo
Home Address/Dirección de la Casa		

**PART 1—Complete this part only if you (1) receive assistance under the Medicaid Program, or (2) receive assistance under the Supplemental Security Income (SSI) program, or (3) are currently included in a food stamp household.**

PARTE 1—Complete esta parte sólo si (1) tiene Medicaid, o (2) recibe un cheque de Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI), o (3) es miembro de una familia que recibe estampillas para comida.

**Check each benefit you receive and fill in the Case or I.D. No.**

Marque cada beneficio que reciba y escriba el Núm. del Caso o de identificación.

<input type="checkbox"/> <b>MEDICAID</b> MEDICAID    Case No./Núm. del Caso	<input type="checkbox"/> <b>SSI</b> SSI    I.D. No./Núm. de I.D.	<input type="checkbox"/> <b>FOOD STAMPS</b> Estampillas para Comida    Case No./Núm. del Caso
--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

**If you completed this part, skip Part 2 and go to Part 3.**

Si llenó la Parte 1, omita la Parte 2 y siga con la Parte 3.

**PART 2—Complete this part only if Part 1 does not apply.**

PARTE 2—Llene esta parte sólo si la Parte 1 no se aplica a su caso.

- On line 1 below, enter your name, age, and any income that you receive.
- On line 2 enter the same information for your spouse.
- On lines 3 through 8 give the same information for all dependents who live with you.

- En la primera línea del recuadro de abajo, escriba su nombre, edad y todos los ingresos recibidos.
- En la segunda línea, escriba los datos de su esposa(o).
- En las líneas 3 a 8, dé los datos de cualquier otra persona dependiente que viva con usted.

**(If you need more space use a separate sheet of paper.)**

(Si necesita más espacio, use otra hoja de papel)

NAME (Last, First) NOMBRE (Apellido, Nombre)	AGE EDAD	GROSS MONTHLY INCOME* INGRESO BRUTO MENSUAL*			
		Salary(ies) Salario(s)	Welfare, Unemployment, Child Support Welfare, Desempleo, Sostenimiento para Niños	Pensions, Retirement, Social Security Pensiones, Jubilación, Seguro Social	All Other Monthly Income Todos los Demás Ingresos Mensuales
Applicant/Solicitante					
1.					
Spouse/Esposa(o)					
2.					
Dependent(s)/Dependiente(s)					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

**Total Number of Household Members:**

Número Total de Miembros de la Casa: . . .

\* Gross Monthly Income is the total income amount before taxes, health benefits, union dues, or other deductions are made.

\* El Ingreso Bruto Mensual es el ingreso mensual antes de las deducciones de impuestos, Seguro Social, beneficios médicos, cuotas para los sindicatos, etc.

<b>FOR CONTRACTING AGENCY USE ONLY</b> PARA USO DE LA AGENCIA CONTRATISTA	TOTAL Gross Monthly Income
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

**NOTICE: If you did not give a Food Stamp Case No., SSI ID No., or Medicaid Case No., Federal Law (PL 97-35) requires that you list the Social Security number for the adult household member signing this form before you may receive free or reduced price meals. The Social Security number may be used to identify you in order to verify the information you report on this application. Verification may include audits, investigations, contacting the state employment security office, food stamp or welfare office, and employers, and checking the written information provided by the household to confirm the information received. If incorrect information is discovered, a loss of benefits or legal action may occur. YOU MUST TELL THE FACTS IN THIS PARAGRAPH TO THE HOUSEHOLD MEMBER WHOSE SOCIAL SECURITY NUMBER IS REPORTED ON THIS FORM.**

**ATENCION: Para poder recibir comidas gratis o a precio reducido, la ley federal (PL 97-35) requiere que la persona que no dé un número de caso de estampillas para comida, o de Medicaid, o un número de identificación de SSI, dé el Número de Seguro Social del miembro adulto de su casa que firme esta solicitud. El Número de Seguro Social se puede usar para identificar a la persona con el fin de verificar la información que se ha dado en esta solicitud. La verificación se puede hacer por medio de auditorías; investigaciones; comunicaciones con la oficina de seguridad de empleo del estado, la oficina de estampillas para comida, la oficina de bienestar público y con empleadores; y la revisión de las pruebas dadas por la casa para confirmar la información de la solicitud. Si da información incorrecta, puede perder beneficios o puede haber una acción legal. USTED DEBE DAR LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE PARRAFO AL MIEMBRO DE LA CASA QUE TIENE SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL ESCRITO EN ESTA FORMA.**


**PART 3—Please indicate your race or ethnic identity. You are not required to give this information. However we would like to have the information because it will help ensure that everyone receives benefits on a fair basis. No one will be discriminated against because of race, sex, color, national origin, age, disability, religion, or political belief.**

**PARTE 3—Por favor marque su raza o su etnicidad. No es requisito dar esta información. Sin embargo, nos gustaría tenerla porque nos ayudará a asegurar que los beneficios se repartan con justicia. No se discriminará a nadie por su raza, sexo, color, origen nacional, edad, incapacidad, religión ni creencia política.**

<input type="checkbox"/> <b>White (not of Hispanic origin)</b> Blanca, de Origen no Hispano	<input type="checkbox"/> <b>Black (not of Hispanic origin)</b> Negra, de Origen no Hispano	<input type="checkbox"/> <b>Hispanic</b> Hispana
<input type="checkbox"/> <b>Asian or Pacific Islander</b> Asiática o de una de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> <b>American Indian/Alaskan Native</b> Indígena Norteamericana o de Alaska	<input type="checkbox"/> <b>Other</b> Otra

**PART 4—I certify that all of the information on this form is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of federal funds; that the information on the application may be verified; and that the deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.**

**PARTE 4—Certifico que toda la información que aparece en esta forma es verdadera y correcta y que apunté todo los ingresos. Entiendo que doy esta información para poder recibir fondos federales; que la información que aparece en la solicitud se puede verificar; y que si doy información falsa intencionalmente, podré ser juzado bajo las leyes estatales y federales que se apliquen al caso.**

<b>Social Security No. of Applicant or Adult Household Member Signing Application</b> Núm. de Seguro Social del Solicitante o del Miembro Adulto de su Casa que Firma Esta Solicitud 
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_  
Signature—Applicant/Firma—Solicitante      Date/Fecha

**If you or another adult household member cannot sign the application, place an "X" on the signature line.**

**Si usted u otro adulto de su casa no puede firmar la solicitud, coloque una "X" en la línea de la firma.**

**If you or the adult household member signing the application for you does not have a Social Security number, write "none" in the Social Security No. box.**

**Si usted o el adulto de su casa que firma la solicitud en su nombre no tiene un Número de Seguro Social, escriba "ninguno" en la caja del Núm. de Seguro Social.**

**If you or another adult household member are unable to complete the application, a representative may complete it for you using information you provide. This representative may also witness your mark on the signature line. Your representative/witness must sign and date on the line below.**

**Si usted u otro adulto de su casa no puede llenar la solicitud, un representante puede llenarla en su nombre usando la información que usted les dé. Este representante también puede ser testigo de la puesta de una "X" en el lugar de la firma. Su representante testigo tiene que firmar y escribir la fecha en la línea que hay a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Signature—Representative/Witness      Date/Fecha  
Firma—Representante/Testigo

**PART 5—CONTRACTING AGENCY USE ONLY**

**PART 5—PARA USO DE LA AGENCIA**

Signature—Center Representative	Date	Category <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced Price <input type="checkbox"/> Paid
---------------------------------	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------