



**División de Servicios para la Familia y los Niños de Georgia  
Programa de Cuidado después de la Escuela  
Formulario de elegibilidad de participación juvenil**

**Página 1 de 3 - Formulario de elegibilidad del Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS**

**(Nombre del organismo financiado por el DFCS)** y la División de Servicios para la Familia y los Niños de Georgia (DFCS) se asociaron para proporcionar valiosos programas fuera de la escuela para los jóvenes en Georgia. La información proporcionada en este formulario ayudará a garantizar que los jóvenes elegibles se beneficien de la asociación. **Complete este formulario en su totalidad y devuélvalo al miembro del personal identificado en el sitio del programa. Agradecemos su cooperación.**

**Formulario que debe completar padre/madre/tutor/cuidador**

**Información para los jóvenes - Esta sección debe completarse en su totalidad.**

Nombre del participante joven (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_

(Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Se encuentra el joven mencionado anteriormente en hogar de guarda dentro del estado de Georgia?  Sí  No

*Nota: Si el joven se encuentra en hogar de guarda pero no en Georgia, proporcione el nombre del estado \_\_\_\_\_*

**Sección 1**

- A. ¿Es el solicitante joven ciudadano estadounidense o extranjero calificado?  Sí  No
- B. ¿Es el solicitante joven residente de Georgia?  Sí  No
- C. ¿Se encuentra el solicitante joven en una (1) o más de las tres categorías siguientes? (Responda SÍ o NO y marque todas las categorías siguientes que se correspondan al joven):  Sí  No
  - \_\_\_\_\_ El solicitante joven tiene entre 5 y 17 años; **Q**
  - \_\_\_\_\_ El solicitante joven tiene 18 años y actualmente está matriculado en la escuela (*secundaria, programa de educación general [GED] o equivalente, o institución postsecundaria*) y se inscribirá en la escuela Y asistirá durante el próximo año académico (*la verificación de la matriculación escolar incluye una carta de la escuela en papel con el membrete oficial de la escuela*): **Q**
  - \_\_\_\_\_ El solicitante joven tiene entre 18 y 19 años y tiene un hijo dependiente Y es el padre con custodia.

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

**Sección 2**

¿El joven actualmente recibe beneficios o servicios de cualquiera de los programas mencionados a continuación? (Tenga en cuenta que deberá proporcionar una verificación oficial al programa después de la escuela/de verano. Consulte el Apéndice C para conocer formas aceptables de verificación):

		Sí	No
A.	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ( <i>también conocido como cupones de alimentos</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Medicaid o seguridad de ingreso suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Programa de almuerzo escolar a precio reducido o gratuito. <i>Nota: Esta elegibilidad es solo para jóvenes solteros. Esto no es aplicable si a toda la población escolar se le otorga almuerzo gratuito en general.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	PeachCare for Kids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si la respuesta a al menos una pregunta en la sección 2 es SI, el joven es elegible para participar en el programa y el padre/madre/tutor puede completar la Sección 5. Se debe proporcionar la verificación de recepción de los servicios marcados en la Sección 2 y se debe adjuntar una copia de esta verificación a este formulario de elegibilidad. Si el programa no recibe la verificación de los elementos marcados en la Sección 2, el joven no podrá participar en el programa.**

**Si la respuesta a TODAS las preguntas en la Sección 2 es NO, el padre/madre/tutor DEBE completar la Sección 3, la Sección 4 y la Sección 5 para la determinación de elegibilidad. Se debe proporcionar la verificación de los artículos enumerados en la Sección 3 y la Sección 4, y se debe adjuntar una copia a este formulario de elegibilidad.**

**Sección 3**

Si respondió **NO** a **TODAS** las preguntas en la Sección 2, revise el cuadro a continuación e ingrese el tamaño de la unidad familiar, el ingreso bruto anual del hogar y el ingreso bruto mensual del hogar para determinar la elegibilidad.

**Guía de elegibilidad de ingresos familiares para el Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS**

Número de personas en la unidad familiar	Nivel federal de pobreza*	Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS Pautas anuales de ingresos del hogar**	Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS Pautas mensuales de ingresos del hogar
1	\$12,490.00	\$37,470.00	\$3,122.50
2	\$16,910.00	\$50,730.00	\$4,227.50
3	\$21,330.00	\$63,990.00	\$5,332.50
4	\$25,750.00	\$77,250.00	\$6,437.50
5	\$30,170.00	\$90,510.00	\$7,542.50
6	\$34,590.00	\$103,770.00	\$8,647.50
7	\$39,010.00	\$117,030.00	\$9,752.50
8	\$43,430.00	\$130,290.00	\$10,857.50
Por cada persona adicional, agregue	\$4,420	Multiplique el nivel federal de pobreza total por 300 %	Divida el ingreso anual del hogar del Cuidado Después de la Escuela del DFCS por 12.

\*Ingresos basados en las Directrices de pobreza de la Oficina del Secretario, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) de 2019 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. (Fuente: 84 FR 1167, páginas 1167-1168, número de documento: 2019-00621)

\*\*300 % del nivel federal de pobreza vigente al 11 de enero de 2019.

**Tamaño de unidad familiar\*** \_\_\_\_\_  
**Ingreso bruto anual del hogar \$** \_\_\_\_\_ **Ingreso bruto mensual del hogar \$** \_\_\_\_\_

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

**Sección 4**

Complete la Sección 4 enumerando su nombre, el nombre de los niños que viven con usted y el otro padre de los niños si vive con usted. Indique cualquier ingreso bruto mensual de cada uno.

<b>Composición del hogar e ingresos</b>					
<i>El ingreso bruto mensual es el ingreso antes de impuestos y deducciones.</i>					
Nombre (primero, segundo y apellido)	Relación	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Fuente de ingresos	Cantidad (Ingreso bruto mensual)	¿Con qué frecuencia lo recibe?
	<i>YO</i>				

## Sección 5

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

### Notificación del solicitante y firma

Solicitamos el número de seguro social del joven porque cualquier persona que solicite o reciba beneficios federales debe darnos su número de seguro social. La ley federal 409(a) (4) de la Ley del Seguro Social y las regulaciones federales (45 CFR 264.10) nos permiten recopilar esta información.

Al firmar esta solicitud,

- juro, bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, toda la información y las declaraciones que proporcioné en esta solicitud son verdaderas, y
- prometo cooperar con cualquier esfuerzo para verificar la información proporcionada.
- Si soy seleccionado para participar en el programa, prometo cumplir con todas las reglas y pautas.

### Información de padre/madre/tutor/cuidador. *Esta sección debe completarse en su totalidad.*

Nombre de padre/madre/tutor/cuidador (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre)

\_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ De trabajo \_\_\_\_\_ De celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de padre/madre/cuidador/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/cuidador/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Sección oficial de uso exclusivo para el proveedor de servicios después de la escuela/de verano financiados por el DFCS:

**Ingresos totales:** \$ \_\_\_\_\_ **por:** Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual

**Tamaño del hogar:** \_\_\_\_\_

**Conversión anual de ingresos:** Semanal x 4.3333, cada 2 semanas x 2.1666, dos veces al mes x 2, mensual x 1

**Total de ingresos anuales convertidos:** \$ \_\_\_\_\_ (redondee al número entero más cercano)

Al firmar a continuación, certifico que la información presentada en este formulario fue revisada, verificada y confirmada\*\*, y cumple con las reglas y pautas de elegibilidad del Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS indicadas en este formulario. También certifico que este formulario se mantendrá en el archivo del participante joven en un lugar confidencial y seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del personal autorizado del programa

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\* Consulte el Apéndice B para conocer las fuentes de prueba de verificación de ingresos.

## APÉNDICES

### **\*Apéndice A: Unidad familiar**

La definición de familia de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) del Departamento de Servicios Humanos incluye al hijo dependiente para quien se solicita asistencia y a ciertas otras personas que viven en el hogar con el niño, que se solicita sean incluidos en la familia.

Las siguientes personas se consideran miembros de la unidad familiar:

- Un padre biológico o adoptivo del hijo dependiente para quien se solicita asistencia;
- Un hermano menor elegible (total, medio o adoptivo) del hijo dependiente para quien se solicita asistencia;
- Otros niños que viven en el hogar y que están dentro del grado específico de relación con el pariente beneficiario pero que no son miembros de la unidad familiar; y
- Un pariente, que no es padre o madre, que es el cuidador si no hay padres en el hogar o si el único padre en el hogar recibe SSI.

### **\*\*Apéndice B: Fuentes de prueba de ingresos y fuentes de ingresos aplicables**

Se debe obtener la verificación de ingresos y se debe adjuntar una copia al formulario de elegibilidad de ingresos del joven.

#### **Algunos ejemplos de verificación de ingresos ganados son:**

- Recibos de pago o recibos de las últimas cuatro semanas de ganancias;
- Formularios W-2;
- Documentación emitida, firmada y fechada por el empleador;
- Libro mayor de ingresos personales o tableta (por ejemplo, autónomos);
- Declaraciones de impuestos trimestrales;
- Declaraciones de impuestos anuales cuando se presentan en el trimestre enero-marzo;
- Carta/declaración del empleador;
- Documentación de otro personal del DFCS, como el director general de elegibilidad; o
- Formulario 809 o declaración detallada completada por el empleador.

#### **Algunos ejemplos de verificación de ingresos no ganados son:**

- Copia del cheque actual con cheques de pago (dentro de las últimas 4 semanas);
- Cartas de adjudicación o declaración escrita, firmada y fechada del pagador;
- Registros de seguro social;
- Registros de compensación de trabajadores;
- Formulario 139, Declaración de contribución;
- Registros de reclamos de seguro de desempleo;
- Información de evaluación de Georgia Gateway; o
- STARS.

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

Ingresos aplicables

Cada una de las siguientes fuentes de ingresos se presupuesta para determinar la elegibilidad:

Ganado

- Sueldos o salario: el ingreso bruto del solicitante se utiliza para determinar la elegibilidad.
- Ingresos netos del trabajo autónomo
- Comisión de empleados
- Servicio de jurado
- Ingresos de alquiler (pagos regulares y en curso, si se dedica a la administración de la propiedad por un promedio de 20 horas o más por semana)
- Ingresos de inquilinos (pagos regulares y en curso)

No ganado

- Asignaciones militares
- Obsequios en efectivo, obsequios de caridad superiores a \$300 recibidos de una organización que recibe fondos estatales o federales
- Herencias
- Beneficios de seguro debido a la pérdida de ingresos: beneficios pagados de una póliza de seguro debido a la pérdida de ingresos
- Beneficios de seguro social
- Compensación por desempleo
- Compensación de trabajadores
- Pensión alimenticia (pagos regulares y en curso)
- Manutención de los hijos (pagos regulares y en curso)
- Asignación agrícola: pagos recibidos de programas patrocinados por el gobierno, como los servicios de estabilización y conservación agrícola
- Beneficios para veteranos
- Plusvalías
- Interés/anualidad
- Plusvalías/dividendos
- Pensión
- Fondo fiduciario
- Pago por discapacidad
- Ingresos de huéspedes (pagos regulares y en curso)
- Ingresos de alquiler (pagos regulares y en curso, si se dedica a la administración de propiedades por un promedio de 20 horas o menos por semana)
- Compensación diferida a través del plan de jubilación

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

- **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Medicaid y PeachCare:** Documentación oficial que muestre que la familia/el joven está recibiendo beneficios en el momento de la solicitud/inscripción en el Programa de Cuidado después de la Escuela (documentación del sistema de elegibilidad integrado [IES], carta oficial de la División de Servicios para las Familias y los Niños de Georgia que describa el recibo de los beneficios).
- **Seguridad de ingreso suplementario (SSI):** Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social
- **Almuerzo gratuito o a precio reducido:** Carta de adjudicación que identifique el almuerzo gratuito o a precio reducido, según lo establecido por la elegibilidad individual de la familia. Nota: Los programas pueden recibir una lista de estudiantes que reciben almuerzo gratuito o a precio reducido, siempre y cuando la lista esté en papel con el membrete oficial de la escuela con el descargo de responsabilidad de que toda elegibilidad para almuerzo gratuito o a precio reducido está determinada por la solicitud individual de la familia. El almuerzo gratuito general, en toda la escuela, en toda la ciudad o en todo el distrito no califica como un punto aceptable de elegibilidad para el Programa de Cuidado después de la Escuela del DFCS.