|  |  |
| --- | --- |
| *Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |  |

*Formulario de Recopilación de Datos Financieros*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información del Cliente y la Familia:** | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| *Apellido del niño* | | | *Nombre* | | | | *Segundo Nombre/Sufijo* | | |  | | | *Nombre Completo del Padre, o Madre, o Tutor legal responsable* | | | | | | | | | | | |
|  | | *Sexo:*  Masculino  Femenino | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| *Fecha de Nacimiento* | |  | | | | | | | |  | | | *Dirección del Padre, o Madre, o Tutor legal responsable* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |
| *Condado donde reside* | | | | | | | | | |  | | | *Ciudad* | | | | | *Estado* | | | *Código Postal* | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  | | | *Teléfono de casa* | | | | *Otro Teléfono* | | | | | | |  |
| 1. **Información de Contacto de Otro Programa:**   Nombre e información de contacto de otra fuente de fondos u otro programa en el que participe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | Nombre: |  | | | | | | | Teléfono: | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | | | | | |
| SSI | Nombre: |  | | | | | | | Teléfono: | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | | | | | |
| WIC | Nombre: |  | | | | | | | Teléfono: | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | | | | | |
| Other: | Nombre: |  | | | | | | | Teléfono: | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | | | | | |
| 1. **Notificación a la Familia de la Razón del ITP de Solicitar el Número del Seguro Social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * El Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte (ITP) está obligado a solicitar el Número del Seguro Social del adulto responsable económicamente por los niños inscritos en el ITP. El ITP solicita que usted proporcione su Número del Seguro Social para cumplir con nuestras obligaciones legales con el Estado bajo las leyes N.C.G.S. 105A-3 y N.C.G.S. 147-86.21 en el caso de que haya necesidad de colectar una deuda suya que le deba a esta Agencia. * La ley Federal y del Estado protege la privacidad y seguridad de su Número del Seguro Social y esta Agencia no divulgará su Número del Seguro Social para ningún otro propósito excepto la colección de la deuda como es requerido por la ley. Esta Agencia ha trabajado para disminuir el uso de los Números del Seguro Social dentro de las prácticas de su negocio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Información de la Unidad Familiar:** | | | | | | | | | | 1. **For CDSA Business Office Use Only** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre todos los miembros familiares identificados como parte de su unidad familiar basado en la definición de ITP. Nombre ***primero*** los ***adultos con ingreso,*** *luego nombre los niños incluyendo la relación*, y la edad actual que cumple con la definición de unidad familiar de ITP. | | | | | | | | | | Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or Guardian:  **-** **-** | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* | | | |  | | | |  | | *Income Verification Documents* | | | | | | *Gross Income* | | | | *Adjusted Gross (AGI)* | | | | |
| *Adultos:* | | | | *Relación* | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| *Niños:* | | | | *Relación* | | | | *Edad Actual* | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | Family Unit Total (a) | | | | | | Annual Gross Total (b) | | | | Annual AGI Total (c) | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | *Date SFS% Verified:* | | | | | | **Monthly Maximum Cap [(b/12) x(.05)]** | | | | **SFS Percentage Determined** | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Se me ha explicado la razón por la que se requiere que el Programa de Infantes y Niños Pequeños solicite el número de seguro social del adulto financieramente responsable de los niños inscritos en el ITP. Con mi firma a continuación, certifico que la participación en el programa y la información de la unidad familiar proporcionada anteriormente es fiel a lo mejor de mi conocimiento y creencia, y que entiendo la razón por la que el ITP solicita información sobre el tamaño de la familia y el número de seguro social del adulto financieramente responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |  | |
| Firma del Padre, Madre, o Tutor legal | | | | |  | Fecha | | | | |  | | | Firma del Representante de ITP | | | | | | | |  | Fecha | |