

**2026 Ayuda Para Leche
Milk Fund Application
Community Care Alliance
PO BOX 1700
Woonsocket, RI 02895
(401) 235-7000**

Ingreso Calificado

Family Size	Monthly Income
1	\$2,660.00
2	\$3,606.67
3	\$4,453.33
4	\$5,500.00
5	\$6,446.67
6	\$7,393.33

1. Niños de familias trabajadoras de bajos ingresos.
2. Niños de familias de bajos ingresos donde el asalariado esta recientemente desempleado O familias que han sido enviado al servicio Militar.
3. Adultos mayores (60 o más) con necesidades de salud o nutricionales.

Los requisitos de elegibilidad y las prioridades estabilizadas por la Junta de Directores del Fondo de Leche, Inc. para el año 2026 son:200%

Por favor incluya copias de prueba de ingreso y certificados de nacimiento de niños.

Fecha de Aplicación: _____ ¿Recipiente Actual? Sí__ No__
Referido por: Si mismo ____ Community Care Alliance ____ Head Start ____ Otro: ____
Apellido: _____ Nombre: _____
Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Compañero (a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Apartamento #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____

Si usted no tiene un teléfono, por favor indique el nombre y numero de teléfono de alguien a quien podamos contactar si necesitamos comunicarnos con usted.

Nombre de Contacto: _____ Teléfono: _____

Por favor dénos la siguiente información acerca de todos **los otros** miembros de su hogar.

Nombre y Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento	Genero

--	--	--	--

Recibe Usted:

Ingresos de Trabajo	Si	No	
Desempleo	Si	No	Ayuda del Gobierno (TANF) FIP Si No
Seguro Social	Si	No	Ingreso por Propiedad Si No
Ayuda de SSI	Si	No	Otro: _____ Si No
Ayuda de SSDI	Si	No	Especifique Otro: _____
Ayuda de GPA	Si	No	_____

Cual es el total de sus ingresos mensuales: \$ _____

¿Alguien en su familia tiene una condición médica que requiere el suplemento de leche?

Si **No**

Si la respuesta es Si, por favor dénos más información:

Nombre: _____ Condición: _____

Doy permiso para que representantes de Community Care Alliance discutan mi caso con quien sea necesario para garantizar la exactitud de información que he proporcionado. Este permiso se expira con mi terminación del fondo de leche.

Los beneficios no son garantizados a todos a todos los que son aceptados. Yo entiendo que los beneficios son sujetos a la disponibilidad de fondos para pagar el programa. Si tiene alguna pregunta llame a Community Care Alliance al 401-235-7000

Firma: _____ Fecha: _____

Los requisitos de elegibilidad y las prioridades estabilizadas por la Junta de Directores del Fondo de Leche, Inc. para el año 2026 son:200%