

HIGHBRIDGE VOICES

Inspiring excellence through music.



# SUMMER VOICES PROGRAM FOR RISING FOURTH & FIFTH GRADE STUDENTS

Get a head start on school. Get a head start at Highbridge Voices!

Highbridge Voices offers summer programming for  
**NEW** fourth and fifth grade students including:

*Choir Rehearsals*

*Music Lessons*

*Fourth & Fifth Grade Math/ELA Prep*

*A Concert for Families and Friends*

*Games, Snacks, and FUN!*



**PROGRAM DATES:**

**August 16-August 26**



**SIGN UP DEADLINE:**

**Tuesday, June 28**

Highbridge Voices is at 1360 Merriam Avenue on the corner of 170th Street and Merriam Ave

For more information, please call (718) 293-8759





**Summer Voices Program Permission Slip**

May 26, 2016

To Highbridge Voices:

I give my son/daughter, \_\_\_\_\_, permission to attend the Highbridge Voices Summer Voices Program. I understand that this is for the SUMMER PROGRAM ONLY, and that his/her participation **does not** guarantee him/her a spot at Highbridge Voices in the fall. My child will be eligible to audition for the school-year program at the end of the summer.

I understand that my child will be responsible for the following:

- Attending weekly program for 2 weeks from Monday through Friday, from August 16<sup>th</sup> – August 26<sup>th</sup>.

All students will receive a letter and/or phone call in July with details for the summer program. If, for any reason, your child is no longer able to participate, you may cancel with no penalty.

**THE HIGHBRIDGE VOICES AFTER-SCHOOL MUSIC PROGRAM IS A NON-PROFIT ORGANIZATION. THERE IS NO COST TO YOU. ALL STUDENTS ARE ACCEPTED INTO THE PROGRAM ON FULL SCHOLARSHIP.**

My child's date of birth is \_\_\_\_\_ His/Her Age \_\_\_\_\_

His/Her home address is \_\_\_\_\_  
(Please include your apartment number and zip code)

My son/daughter's school is \_\_\_\_\_

He/she is **currently** in class \_\_\_\_\_ His/Her teacher's name is \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Print Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Telephone Numbers

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## **Permiso Para El Programa del Verano**

Mayo 26, 2016

To Highbridge Voices:

Doy mi hijo/hija, \_\_\_\_\_, permiso para asistir el Highbridge Voices Programa de musica. Entiendo que este es solamente para EL PROGRAMA DEL VERANO, y que dicha participación **no garantiza** un plazo en el programa del Highbridge Voices este otoño. Mi niño/a estará eligible para la audición para el programa durante el ciclo escolar al fin del verano.

Yo entiendo que mi niño/a será responsable por lo siguiente:

- Asistiendo a un programa semanal por dos semanas, desde Lunes hasta Viernes, desde el 16 de Agosto hasta 26 de Agosto.

Todos los estudiantes recibirá una carta y/o una llamada en Julio con los detalles del programa del verano. Si por alguna razón, su niño/a ya no pueda participar, puedes terminar sin penalidad.

**EL PROGRAMA DE HIGHBRIDGE VOICES ES UNA ORGANIZACIÓN SIN FINES LUCRATIVOS. SIN COSTO ALGUNO PARA USTED. TODO GASTO DEL PROGRAMA ES PAGADO POR BECAS.**

Fecha de nacimiento de mi niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de el/ella \_\_\_\_\_  
(Por favor incluya su # de apartamento, código postal)

Mi hijo/a atiende a la escuela \_\_\_\_\_

El/ella está en \_\_\_\_\_ clase. Su Maestro/a es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Escribir su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dear Parent, Guardian or CACFP Participant:

This center participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and serves nutritious meals each operating day. The information requested on the attached Income Eligibility Form for Child Care or Adult Day Care Centers determines how much reimbursement this center will receive from CACFP for these meals and snacks, based on the United States Department of Agriculture (USDA) family income criteria listed below.

We encourage you to complete the form promptly so your center can maximize its reimbursement for healthy meals and snacks. One form needs to be completed for each household every year except for children enrolled in Head Start or At-Risk Only programs. All information on the form will be confidential and used only for the purpose of determining CACFP reimbursement for meals and snacks served at this center.

Foster children are automatically eligible for the highest rate of reimbursement from CACFP. Households with both foster and non-foster children in day care may complete one form, including the foster child as a household member. Eligibility determination for the non-foster children will be based on the information reported on the form by the household.

**INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES  
 (Effective July 1, 2015 until June 30, 2016)**

HOUSEHOLD SIZE	REDUCED-PRICE MEALS		
	YEAR	MONTH	WEEK
1	21,775	1,815	419
2	29,471	2,456	567
3	37,167	3,098	715
4	44,863	3,739	863
5	52,559	4,380	1,011
6	60,255	5,022	1,159
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
FOR EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER	+7,696	+642	+148

\_\_\_\_\_  
 SPONSOR/CENTER OFFICIAL

\_\_\_\_\_  
 SPONSORING ORGANIZATION

\_\_\_\_\_  
 DATE

USDA is an equal opportunity provider and employer.



See INSTRUCTIONS on reverse.

**CHILD CARE CENTER NAME** \_\_\_\_\_

Print the name of the child(ren) enrolled in this child care center

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS**

**Complete SECTION A if anyone in your household**

1. Participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
2. Receives Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
3. Participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) OR
4. Is a foster child

**SECTION A**

SNAP Case # \_\_\_\_\_

TANF # \_\_\_\_\_

FDPIR # \_\_\_\_\_

Names of Foster Children \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**An adult household member must sign the application before it can be approved.** After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

I certify that the above information is true. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

<b>FOR SPONSOR USE ONLY</b>	
CACFP Agreement # _____	
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>	
Total Household Income \$ _____	
Free _____ Reduced _____ Paid _____	
Date of Determination _____	
Signature of Center Staff _____	

**Complete SECTION B if no one in your household** participates in SNAP, receives TANF, participates in FDPIR or if none of the children enrolled in the child care center is a foster child.

**SECTION B**

List all household members below. Include yourself and all adults and children NOT listed above, even if they do not receive income. Then list all income received **last month** in your household in the column to the right. Gross income includes: earnings from work, pensions, retirement, Social Security, child support, foster child's personal income and any other sources of income.

HOUSEHOLD MEMBER NAME	MONTHLY GROSS SALARY
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

**An adult household member must sign the application before it can be approved.** After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

I certify that the above information is true and that all income is reported. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.

Signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

LAST FOUR (4) DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER 

--	--	--	--

 DATE \_\_\_\_\_

USDA is an equal opportunity provider and employer.

**Privacy Act Statement:** The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this form. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve the participant for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the form. The Social Security Number is not required when you: apply on behalf of a foster child; provide a SNAP, TANF or FDPIR number; or when you indicate that the adult household member signing the form does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if the center is eligible for free or reduced-price meal reimbursement and for administration and enforcement of the Program.

### **INSTRUCTIONS FOR COMPLETING DOH-3688**

#### **Definition of Income**

*Income* means income before deductions for income taxes, social security taxes, insurance premiums, charitable contributions, and bonds, etc. It includes the following: (1) monetary compensation for services, including wages, salary, commissions or fees; (2) net income from non-farm self-employment; (3) net income from farm self-employment; (4) Social Security payments; (5) dividends or interest on savings or bonds, income from estates or trusts or net rental income; (6) unemployment compensation; (7) government civilian employee or military retirement, or pensions or veteran's payments; (8) private pensions or annuities; (9) alimony or child support payments; (10) regular contributions from persons not living in the household; (11) net royalties; (12) military benefits received in cash, such as housing allowance except if you are in the Military Housing Privatization Initiative; and (13) any other cash income.

#### **Definition of Household**

Household means *family* as defined in Section 226.2. *Family* means a group of related or non-related individuals who are not residents of an institution or boarding house, but who are living as one economic unit.

#### **INSTRUCTIONS FOR PARENTS OR GUARDIANS**

Write in the name of the child care center in the space provided.

Print the name of each child in your household who attends this child care center.

**Section A:** If anyone in your household participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), receives Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), complete Section A only. Write down the SNAP, TANF or FDPIR number (do not use your ACS or DSS child care subsidy number). Then sign and date the form and return it to the day care center.

**Foster children:** If your household includes a foster child who is in child care, write in the names of the foster children.

**Section B:** Complete this section if you did not complete Section A. Write in your name and the names of all other adults and children living in the household, including unrelated people, even if they do not have any income. Do not include the children in child care who are listed at the top of the form.

Enter the amount of income each person received **last month**, before taxes or anything else was taken out. Refer to the Definition of Income and the Definition of Household, above. If any amount last month was more or less than the usual, write in that person's usual income.

The last four digits of the Social Security Number of the adult signing the certification is required. If you do not have a Social Security Number, write *none*. The form must be signed by an adult member of the household.

#### **INSTRUCTIONS FOR CENTERS AND SPONSORS**

**The For Sponsor Use Only section is to be completed, signed and dated by center or sponsor staff.** The sponsor/center representative must review the income eligibility form and ensure that it is completed as indicated in the instructions above. Then indicate the following:

##### **The CACFP Agreement Number.**

**Total Number of Household Members** – This item does not have to be completed if the parent completed Section A. Add those indicated in Section B (if completed) to the children enrolled in child care and the number of foster children, if applicable.

**Total Household Income** – This item does not need to be completed if the parent completed Section A. Indicate the total monthly income as calculated from Section B. If the parent chooses not to disclose income, the form must be categorized as *paid*.

**Number of Free, Reduced or Paid** – Compare the total household income and the total number of household members with the current year's Income Eligibility Guidelines (CACFP-3687) to determine if the household should be categorized as **Free, Reduced or Paid**. Use the appropriate column on the CACFP-3687 to categorize their income. For example, if the parent indicated biweekly income, multiply this amount by 26 to determine yearly income.

Incomplete forms (missing signatures, income information, last four digits of Social Security Number or SNAP, TANF or FDPIR numbers) are categorized in the paid category.

**The income eligibility form is valid until the last day of the month one calendar year from the date it is signed by the household member.** For example, a form signed on May 12, 2014 is valid until May 31, 2015.



Estimado Padre, Tutor o Participante del CACFP:

Este centro participa en el Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y ofrece comidas nutritivas todos los días en los que opera. La información solicitada en el Formulario de Elegibilidad de Ingresos adjunto para guarderías de niños y centros de cuidado diurno para adultos determina el monto de reembolso que CACFP le otorgará a este centro en concepto de comidas y refrigerios según los criterios de ingresos familiares del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) que se detallan a continuación:

Le recomendamos que complete el formulario lo antes posible para que su centro pueda maximizar el reembolso destinado a refrigerios y alimentos saludables. El grupo familiar debe completar el formulario una vez al año sin incluir a los niños inscritos en los programas Head Start o At-Risk Only. Todos los datos ingresados en el formulario serán de carácter confidencial y se usarán solo con el fin de determinar el monto de reembolso de CACFP para comidas y refrigerios que se ofrecen en este centro.

Los hijos tutelares reciben automáticamente el monto de reembolso más altos que ofrece CACFP. Los grupos familiares que tengan hijos tutelares e hijos no tutelares en guarderías pueden completar un solo formulario que incluya a los hijos tutelares como miembros del grupo familiar. La determinación de elegibilidad para los hijos tutelares dependerá de la información que el grupo familiar incluya en el formulario.

**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO  
(1 de julio de 2015 hasta el 30 de junio de 2016)**

RESIDENTES EN EL HOGAR	COMIDAS DE PRECIO REDUCIDO		
	AÑO	MES	SEMANA
1	21,775	1,815	419
2	29,471	2,456	567
3	37,167	3,098	715
4	44,863	3,739	863
5	52,559	4,380	1,011
6	60,255	5,022	1,159
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
POR CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA ADICIONAL	+7,696	+642	+148

\_\_\_\_\_  
PATROCINADOR/FUNCIONARIO DEL CENTRO

\_\_\_\_\_  
ORGANIZACIÓN PATROCINANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

EL USDA es un proveedor y empleador equitativo.



Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

**NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL** \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

**Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar**

1. Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), O
4. Es un niño en cuidado temporal

**SECCIÓN A**

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) \_\_\_\_\_

N.º TANF (TANF #) \_\_\_\_\_

N.º FDPIR (FDPIR #) \_\_\_\_\_

Nombres de \_\_\_\_\_  
Niños en cuidado temporal \_\_\_\_\_

**Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar.** Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>FOR SPONSOR USE ONLY</b>
CACFP Agreement # _____
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>
Total Household Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date of Determination _____
Signature of Center Staff _____

**Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar** participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

**SECCIÓN B**

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que NO se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

**Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar.** Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL 

--	--	--	--

 FECHA \_\_\_\_\_

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario cuando: solicita en nombre de un niño en cuidado temporal; proporciona un número SNAP, TANF o FDPIR; o cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un Número de seguro social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para reembolso por comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR DOH-3688**

#### **Definición de los ingresos**

*Ingresos* significa el ingreso antes de las deducciones de impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas del seguro, contribuciones a la beneficencia y bonos, etc. Esto incluye lo siguiente: (1) compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingreso neto de auto empleo no agrícola; (3) ingreso neto de auto empleo agrícola; (4) pagos del seguro social; (5) dividendos o intereses sobre ahorros o bonos, ingresos derivados de bienes o fideicomisos o de rentas netas; (6) compensación por desempleo; (7) empleado civil del gobierno o jubilación militar, o pensiones o pagos a veteranos; (8) pensiones o anualidades privadas; (9) pagos de pensión alimenticia o manutención infantil; (10) contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; (11) regalías netas; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, como subsidio para vivienda si usted se encuentra dentro de la Iniciativa de Privatización Militar de Vivienda; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

#### **Definición del grupo familiar**

Grupo familiar significa *familia*, según se define en la Sección 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una vivienda institucional o temporal, pero que viven como una unidad económica.

#### **INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES**

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio que se proporciona.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asista a este centro de cuidado infantil.

**Sección A:** si alguien en su grupo familiar participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número SNAP, TANF o FDPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil ACS o DSS). Luego, firme y coloque la fecha en el formulario y devuélvalo a la guardería.

**Niños en cuidado temporal:** si su grupo familiar incluye un niño en cuidado temporal que esté en cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en cuidado temporal.

**Sección B:** complete esta sección si no completa la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aún si no tienen ningún ingreso. No incluya a los niños en cuidado infantil que se encuentran en la parte superior del formulario.

Ingrese el monto de los ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos o cualquier otra cosa que se haya deducido. Consulte la Definición de Ingresos y la Definición de Grupo Familiar, anteriormente. Si cualquier monto del mes pasado fue superior o inferior al usual, escríbalo en el ingreso normal de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un Número de Seguro Social, no escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un miembro adulto del grupo familiar.

#### **INSTRUCCIONES PARA CENTROS Y PATROCINADORES**

**La sección *Solo para uso del patrocinador* la debe completar, firmar y fechar el personal del centro o el patrocinador.** El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y asegurarse de que esté completo según se indica en las instrucciones anteriores. Luego indique lo siguiente:

##### **Número de Acuerdo CACFP.**

**Número total de miembros en el grupo familiar:** este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Agregue a los que se indica en la Sección B (si la completó) a los niños inscritos en cuidado infantil y el número de niños en cuidado temporal, si aplica.

**Ingresos totales del grupo familiar:** este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre elige no divulgar los ingresos, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

**Número gratuito, reducido o pagado:** compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos del año actual (CACFP-3687) para determinar si el grupo familiar deberá clasificarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Utilice la columna apropiada en CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique ese monto por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o números de SNAP, TANF o FDPIR) se clasifican en la categoría de pagado.

**El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario después de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar.** Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2014, es válido hasta el 31 de mayo de 2015.