

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS

Instrucciones para los centros del programa de alimentos Child and Adult Care Food Program, las organizaciones patrocinadoras y los proveedores de hogares de cuidado diurno

Este paquete contiene formularios prototipo:

Esta es la información requerida que se *tiene* que proporcionar a las unidades familiares y los proveedores de hogares de cuidado diurno:

- Carta a las unidades familiares: Proveedores de cuidado diurno infantil y Tier II así como de cuidado diurno de adultos
- Carta a los proveedores de Tier I y de hogares de cuidado diurno
- Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas: Cuidado diurno infantil y Cuidado diurno de adultos (con instrucciones)

Aviso: No se exige que los estados usen los prototipos adjuntos, pero deben asegurar que se proporcione la información.

Materiales de información sobre la verificación de la elegibilidad:

- Aviso de selección para verificar la elegibilidad (únicamente los programas de fijación de precios): Cuidado diurno infantil y Cuidado diurno de adultos
- Carta de resultados de la verificación (únicamente los programas de fijación de precios): Cuidado diurno infantil y Cuidado diurno de adultos

Estos son materiales opcionales relacionados con la solicitud que se *pueden* proporcionar a las unidades familiares:

- La información que se compartirá con Medicaid y SCHIP

Las páginas han sido diseñadas para ser impresas en papel tamaño carta de 8 ½ por 11 pulgadas. Algunas páginas se pueden imprimir en el anverso y el reverso. Los espacios **[bold bracketed fields]** indican dónde hay que insertar la información específica sobre con quién comunicarse para recibir ayuda y adónde enviar los formularios llenos. Debe insertar el nombre del programa de ayuda temporal Temporary Assistance to Needy Families (TANF) de su estado, o del programa estatal de seguro médico State Children's Health Insurance Program (SCHIP), y, si corresponde, el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR).

Este paquete prototipo también incluye información relacionada con la exclusión de la subvención de vivienda para los participantes en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative y los programas de fijación de precios. Si esas secciones no son pertinentes en su caso, puede eliminarlas.

Es posible que su agencia estatal le requiera presentar su paquete para ser aprobado. Si tiene preguntas, comuníquese con:

[State agency address]



[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Esta carta está destinada a los padres o tutores de niños inscritos en un centro de cuidado diurno. Como parte de nuestra participación en el programa de alimentación de niños y adultos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), el centro **[Name of Center]** ofrece comidas sanas a todos los niños inscritos. El programa CACFP reembolsa las comidas y las meriendas sanas servidas a los niños inscritos en el programa de cuidado infantil. Complete el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas adjunto y ayúdenos a cumplir con los requisitos del programa CACFP. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si sus hijos califican para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

1. ¿Tengo que llenar un Formulario para obtener beneficios de comidas para cada uno de mis hijos inscritos en cuidado diurno? Puede completar y presentar un Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP que incluya a todos los niños de su unidad familiar inscritos en cuidado diurno únicamente si todos los niños están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de leer detenidamente las instrucciones y dar toda la información solicitada. **Entregue el formulario lleno a: [Name of Center, address, phone number].**

2. ¿Quién puede obtener comidas gratuitas sin dar información sobre los ingresos? Los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios del programa Supplemental Nutrition Assistance program (SNAP) (el antiguo programa Food Stamps), el programa de beneficencia Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) pueden obtener comidas gratuitas. Los hijos de crianza y los niños inscritos en el programa Head Start también califican para recibir comidas gratuitas. Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas.

3. ¿Quién puede obtener comidas a precios reducidos? Sus hijos pueden recibir comidas de bajo costo si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados para precios reducidos del Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud. Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas a precios reducidos.

4. ¿Puedo llenar un formulario aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir los beneficios de comidas que se ofrecen en el centro de cuidado infantil.

5. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi unidad familiar? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. También puede incluir a todos los hijos de crianza que vivan con usted.

6. ¿Cómo declaro la información de ingresos y los cambios de condición de empleo? Los ingresos declarados tienen que ser los ingresos totales brutos, indicados por fuente, que cada miembro de la unidad familiar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proveer una estimación de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido ningún cambio significativo, puede usar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta estimación. Si los ingresos de su unidad familiar equivalen o están por debajo de los montos especificados en el cuadro de ingresos adjunto para una unidad familiar del mismo tamaño que la suya, el centro recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir beneficios gratuitos o a precios reducidos, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR. Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.

7. ¿Qué sucede si mis ingresos no son uniformes? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces.

8. ¿Qué sucede si tengo hijos de crianza? Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar es elegible para recibir las comidas gratuitas, independientemente de los ingresos. Las unidades familiares pueden incluir a los hijos de crianza en el Formulario para obtener beneficios de comidas, pero no tienen que incluir en sus ingresos los pagos recibidos por esos hijos de crianza. Las unidades familiares que deseen solicitar esos beneficios para los hijos de crianza deben comunicarse con **[name, address, phone number].**

9. Estamos en las fuerzas militares, ¿incluimos nuestras subvenciones de vivienda y suplementarias como ingresos? Si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares **Military Housing Privatization Initiative** y usted recibe la subvención suplementaria Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya esas subvenciones como ingresos. Además, en el caso de miembros del servicio militar desplegados, únicamente la porción de los ingresos del miembro del servicio militar desplegado que este ponga o que se ponga en su nombre a disposición de la unidad familiar se contará como ingresos de la unidad familiar. La paga de combate, incluida la paga de incentivo para extender el despliegue (DEIP) también se excluye y no se cuenta en los ingresos de la unidad familiar. Todas las demás subvenciones se deben incluir en sus ingresos brutos.

10. (Pricing program only) ¿Se va a verificar la información que yo dé? Tal vez. Es posible que le pidamos que envíe prueba por escrito para verificar la información que proporcionó en el formulario. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que suministré en este formulario? Le conviene hablar con su **[Center or Sponsoring Organization].**

En la operación de programas de alimentación de niños, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **[phone number].**

Atentamente,

[signature]



[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Esta carta está destinada a los padres o tutores de niños inscritos en un hogar de cuidado diurno. Como parte de nuestra participación en el programa de alimentación de niños y adultos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), **[Name of day care home]** ofrece comidas sanas a todos los niños inscritos. El programa CACFP reembolsa las comidas y las meriendas sanas servidas a los niños inscritos en el programa de cuidado infantil. Complete el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas adjunto y ayúdenos a cumplir con los requisitos del programa CACFP.

1. ¿Se requiere que complete un Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas para que mis hijos puedan recibir los beneficios del programa CACFP? No, pero si lo hace, su proveedor podría recibir un reembolso más alto por las comidas que sirve a sus hijos. Si llena el formulario, tiene la opción de entregarlo directamente a su proveedor o al patrocinador del proveedor, **[Sponsor's Name]**. Si desea entregar el formulario directamente al patrocinador, entregue el formulario lleno a: **[(Sponsor) at name, address, phone number]**.

___ Coloque sus iniciales aquí si otorga su consentimiento para que **[Provider's Name]** recoja su formulario y se lo entregue al patrocinador. **[Provider's Name]** no revisará su formulario.

2. ¿Tengo que llenar un Formulario para obtener beneficios de comidas para cada uno de mis hijos inscritos en cuidado diurno? Puede completar y presentar un Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP que incluya a todos los niños de su unidad familiar inscritos en cuidado diurno únicamente si todos los niños están inscritos en el mismo hogar. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de leer detenidamente las instrucciones y dar toda la información solicitada.

3. ¿Quién califica para obtener el reembolso más alto sin dar información sobre los ingresos? Su proveedor recibirá un reembolso más alto por las comidas servidas a hijos de crianza y niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios del programa Supplemental Nutrition Assistance program (SNAP) (el antiguo programa Food Stamps), el programa de beneficencia Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez califiquen para el reembolso más alto.

4. ¿Quién califica para obtener el reembolso más alto según los ingresos? Su proveedor podría recibir un reembolso más alto por las comidas que sirve a sus hijos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados para precios reducidos del Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud. Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez califiquen para el reembolso más alto.

5. ¿Puedo llenar un formulario aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir los beneficios de comidas que se ofrecen en el hogar de cuidado diurno.

6. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi unidad familiar? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. También puede incluir a todos los hijos de crianza que vivan con usted.

7. ¿Cómo declaro la información de ingresos y los cambios de condición de empleo? Los ingresos declarados tienen que ser los ingresos totales brutos, indicados por fuente, que cada miembro de la unidad familiar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proveer una estimación de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido ningún cambio significativo, puede usar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta estimación. Si los ingresos de su unidad familiar equivalen o están por debajo de los montos especificados en el cuadro de ingresos adjunto para una unidad familiar del mismo tamaño que la suya, el hogar de cuidado diurno recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir reembolso a la tarifa más alta, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR. Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.

8. ¿Qué sucede si mis ingresos no son uniformes? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces.

9. ¿Qué sucede si tengo hijos de crianza? Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal califican automáticamente para el reembolso más alto. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar califica, independientemente de los ingresos. Las unidades familiares pueden incluir a los hijos de crianza en el Formulario para obtener beneficios de comidas, pero no tienen que incluir en sus ingresos los pagos recibidos por esos hijos de crianza. Las unidades familiares que deseen solicitar esos beneficios para los hijos de crianza deben comunicarse con **[name, address, phone number]**.

10. Estamos en las fuerzas militares, ¿incluimos nuestras subvenciones de vivienda y suplementarias como ingresos? Si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative y usted recibe la subvención suplementaria Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya esas subvenciones como ingresos. Además, en el caso de miembros del servicio militar desplegados, únicamente la porción de los ingresos del miembro del servicio militar desplegado que este ponga o que se ponga en su nombre a disposición de la unidad familiar se contará como ingresos de la unidad familiar. La paga de combate, incluida la paga de incentivo para extender el despliegue (DEIP) también se excluye y no se cuenta en los ingresos de la unidad familiar. Todas las demás subvenciones se deben incluir en sus ingresos brutos.

En la operación de programas de alimentación de niños, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]



[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Estimado Padre/Madre/Tutor:

El programa CACFP ofrece reembolsos por comidas a las instalaciones de cuidado diurno de adultos que proveen servicios estructurados y completos para adultos que no residen en la instalación que sufren de impedimentos funcionales o tienen 60 años de edad o más. Si llena el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas que se adjunta, esos centros podrán recibir reembolsos. Los reembolsos se basan en la cantidad de participantes inscritos que califican para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

1. ¿Tengo que llenar un Formulario para obtener beneficios de comidas para cada adulto inscrito en cuidado diurno? Puede completar y presentar un Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP que incluya a todos los adultos de su unidad familiar inscritos en cuidado diurno únicamente si todos están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de leer detenidamente las instrucciones y dar toda la información solicitada. Entregue el formulario lleno a: **[(Center) at name, address, phone number].**

2. ¿Quién puede obtener comidas gratuitas? Los adultos que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (el antiguo programa Food Stamps), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI) o Medicaid pueden obtener comidas gratuitas. Los adultos que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas.

3. ¿Quién puede obtener comidas a precios reducidos? Los adultos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites del Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud. Los adultos que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas a precios reducidos.

4. ¿Puedo llenar un formulario aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni el adulto bajo su cuidado tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir los beneficios de comidas que se ofrecen en el centro.

5. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi unidad familiar? Debe incluir únicamente al adulto que esté bajo su cuidado, al cónyuge y los dependientes de dicho adulto que compartan los ingresos y gastos.

6. ¿Cómo declaro la información de ingresos y los cambios de condición de empleo? Los ingresos declarados tienen que ser los ingresos totales brutos, indicados por fuente, que cada miembro de la unidad familiar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proveer una estimación de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido ningún cambio significativo, puede usar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta estimación. Si los ingresos de su unidad familiar equivalen o están por debajo de los montos especificados en el cuadro de ingresos adjunto para una unidad familiar del mismo tamaño que la suya, el centro de cuidado de adultos recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir beneficios gratuitos o a precios reducidos, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante un período máximo de 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer prueba de los beneficios mediante un número de caso actual de SNAP o FDPIR o un número de asistencia de SSI o Medicaid. Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso durante el período de desempleo ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.

7. ¿Qué sucede si mis ingresos no son uniformes? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.

8. Estamos en las fuerzas militares, ¿incluimos nuestra subvención de vivienda como ingresos? Si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative y usted recibe la subvención suplementaria Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya esas subvenciones como ingresos. Además, en el caso de miembros del servicio militar desplegados, únicamente la porción de los ingresos del miembro del servicio militar desplegado que este ponga o que se ponga en su nombre a disposición de la unidad familiar se contará como ingresos de la unidad familiar. La paga de combate, incluida la paga de incentivo para extender el despliegue (DEIP) también se excluye y no se cuenta en los ingresos de la unidad familiar. Todas las demás subvenciones se deben incluir en sus ingresos brutos.

9. (Pricing program only) ¿Se va a verificar la información que yo dé? Tal vez. Es posible que le pidamos que envíe prueba por escrito para verificar la información que proporcionó en el formulario. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que suministré en este formulario? Le conviene hablar con su **[Center or Sponsoring Organization]**. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **[name, address, phone number]**.

En la operación del programa CACFP, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]



[Insert Sponsor Letterhead]

Estimado proveedor:

Para calificar para recibir el reembolso Tier I, o bien si desea recibir reembolso por las comidas que sirve a sus propios hijos de conformidad con el programa de alimentos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU., debe llenar, firmar y entregarnos el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas que se adjunta.

1. ¿Cómo califico para el reembolso Tier I por las comidas que sirvo a niños inscritos en mi hogar? Debe: (a) vivir en un área elegible según la necesidad económica determinada por datos de matrícula escolar o el censo, o (b) demostrar que existe la necesidad económica por medio de la información suministrada en el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas.

2. ¿Quién decide si soy elegible como hogar de cuidado diurno Tier I? Nuestra oficina determinará su condición de elegibilidad. Usaremos la información que nos provea en el Formulario para obtener beneficios de comidas. Asegúrese de llenar y firmar el formulario, declarar todos los ingresos de la unidad familiar (no solo los ingresos de su negocio de hogar de cuidado diurno) y proveer los comprobantes correspondientes sobre sus ingresos. Entregue el formulario lleno y demás documentos a: **[at name, address, phone number]**.

3. ¿Qué tipos de expedientes debo presentar con mi Formulario para obtener beneficios de comidas? Si operó un negocio de hogar de cuidado diurno el año pasado, adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente, con el anexo Schedule C. Si su declaración de impuestos reciente y el anexo Schedule C no representan sus ingresos, puede presentar documentación de sus ingresos y gastos recientes. Para hacerlo, incluya los comprobantes de paga del trabajo y otras formas de ingreso. Los documentos que envíe tienen que mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que se recibió, cuánto se recibió y qué tan frecuentemente se recibió.

4. ¿Cómo recibo reembolso por las comidas servidas a mis propios hijos? Por ley, se le exige completar este formulario si desea reclamar las comidas servidas a sus propios hijos. Aunque viva en un área de necesidad económica, o que ya lo hayan clasificado como hogar Tier I, tiene que llenar este formulario. Nuestra oficina tal vez verifique la información de ingresos que usted presente.

5. Si no vivo en un área de necesidad económica o no deseo presentar el Formulario para obtener beneficios de comidas, ¿cuáles son mis opciones de reembolso? Recibirá tarifas de reembolso más bajas por las comidas servidas a los niños inscritos en su hogar de cuidado diurno.

6. ¿Se va a verificar la información que yo dé? Tal vez. Es posible que le pidamos que envíe prueba por escrito para verificar la información que proporcionó en el formulario. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que suministré en este formulario?** Le conviene hablar con su organización patrocinadora.

7. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi unidad familiar? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted.

8. ¿Cómo declaro la información de ingresos y los cambios de condición de empleo? Los ingresos declarados tienen que ser los ingresos totales brutos, indicados por fuente, que cada miembro de la unidad familiar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proveer una estimación de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido ningún cambio significativo, puede usar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta estimación. Si los ingresos de su unidad familiar equivalen o están por debajo de los montos especificados en el cuadro de ingresos adjunto para una unidad familiar del mismo tamaño que la suya, recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir beneficios gratuitos o a precios reducidos, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante un período máximo de 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer prueba de los beneficios mediante un número de caso actual de del programa Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (el antiguo programa Food Stamps), el programa de beneficencia Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso durante el período de desempleo ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.

9. ¿Puedo llenar un formulario aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses.

10. ¿Qué sucede si tengo hijos de crianza? Los hijos de crianza son elegibles para recibir comidas gratuitas independientemente de sus ingresos personales o de los ingresos de la unidad familiar en la que residen. Las unidades familiares que deseen solicitar esos beneficios para los hijos de crianza deben comunicarse con **[name, address, phone number]**. Además, los hijos de crianza se pueden incluir como miembros de la unidad familiar para fines de determinar la elegibilidad de otros niños de la unidad familiar para recibir comidas gratuitas y a precios reducidos.

11. Estamos en las fuerzas militares, ¿incluimos nuestra subvención de vivienda como ingresos? Si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative y usted recibe la subvención suplementaria Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya esas subvenciones como ingresos. Además, en el caso de miembros del servicio militar desplegados, únicamente la porción de los ingresos del miembro del servicio militar desplegado que este ponga o que se ponga en su nombre a disposición de la unidad familiar se contará como ingresos de la unidad familiar. La paga de combate, incluida la paga de incentivo para extender el despliegue (DEIP) también se excluye y no se cuenta en los ingresos de la unidad familiar. Todas las demás subvenciones se deben incluir en sus ingresos brutos.

En la operación del programa CACFP, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]





INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de niños)

Siga estas instrucciones si su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR:

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos.

Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro de la unidad familiar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de los programas [State SNAP], [State TANF] o [FDPIR].

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si solicita en nombre de un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Si todos los niños por los cuales solicita son hijos de crianza, o si solo solicita beneficios para un hijo de crianza:

Parte 1: Liste a todos los hijos de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario tener un número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si algunos de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza.

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos". Si el niño es un hijo de crianza, marque la casilla correspondiente.

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

Columna A – Nombre: Liste únicamente el primer nombre y el apellido de **cada** persona que viva en su unidad familiar y comparta los ingresos y los gastos, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Anote **TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS**, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. **ÚNICAMENTE** para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de niños)

LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, entre ellas las que reciben beneficios del programa WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Liste a todos los niños y miembros de la unidad familiar inscritos. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos".

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

Columna A – Nombre: Liste únicamente el primer nombre y el apellido de **cada** persona que viva en su unidad familiar y comparta los ingresos y los gastos, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Anote **TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS**, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. **ÚNICAMENTE** para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (Cuidado de adultos)

Siga estas instrucciones si su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid:

Parte 1: Liste únicamente los nombres de los participantes adultos.

Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro de la unidad familiar que reciba beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR], [SSI] o [Medicaid].

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 5: Responda esta pregunta solo si desea.

LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Liste únicamente los nombres de los participantes adultos. Para cada participante que no tenga ingresos, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos".

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

Columna A – Nombre: Liste el primer nombre y apellido del adulto participante, del cónyuge y los dependientes de dicho adulto que vivan en su unidad familiar y compartan los ingresos y gastos.

Columna B –Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar que sea participante, o bien el cónyuge o dependiente del participante, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Casilla 1: Anote el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

Casilla 2: Anote la cantidad de beneficencia pública, manutención de menores o pensión alimenticia que cada persona recibió ese mes.

Casilla 3: Anote los ingresos de jubilación, Seguro Social, beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Anote TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS, entre ellas, la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de descontar los gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 4: Los miembros adultos de la unidad familiar deben firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de sus números de Seguro Social, o bien marcar la casilla si no tienen uno.

Parte 5: Responda esta pregunta solo si desea.

Explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar				
Nombres de los niños inscritos:				
Nombres de todos los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	MARCAR SI ES UN HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON HIJOS DE CRIANZA, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.			MARQUE SI NO TIENE INGRESOS
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR] o [State TANF Cash Assistance], anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3. NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____				
Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a [YOUR SCHOOL, HOMELESS LIAISON, MIGRANT COORDINATOR AT PHONE #] Desamparado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> En fuga <input type="checkbox"/>				
Parte 4. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.				
A. Nombre (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron			
	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones	2. Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	4. Todos los demás ingresos
(Ejemplo) Ana Cabrera	\$200/semanal _____	\$150/dos veces al mes _____	\$100/mensual _____	\$ _____ / _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar) Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.) <i>Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.</i> Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social				



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de niños)

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)	
Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
No llene esta parte. Es solo para uso oficial.	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____	
Categorical Eligibility: ____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Tier I ____ Tier II ____	
Reason: _____	
Temporary: Free ____ Reduced ____ Time Period: _____ (expires after ____ days)	
Determining Official's Signature: _____ Date: _____	
Confirming Official's Signature: _____ Date: _____	
Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____	

El participante en la instalación de cuidado diurno podría calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados en este cuadro.

Tamaño de la unidad familiar	Anual
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Cada persona adicional:	

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de adultos)

Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar

Nombres de los adultos inscritos:

Nombres de los participantes adultos

(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

MARQUE SI NO
TIENE INGRESOS

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR], [State SSI] o [Medicaid], anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

A. Nombre (Liste únicamente a los participantes, cónyuges e hijos dependientes de los participantes)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
(Ejemplo) Ana Cabrera	\$200/semanal _____	\$150/dos veces al mes _____	\$100/mensual _____	\$ _____ / _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Parte 4. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * * - _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)

Marque una identidad étnica:

- Hispano o latino
 Ni hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático Amerindio o nativo de Alaska
 Blanco Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
 Negro o afroamericano



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de adultos)

No llene esta parte. Es solo para uso oficial.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free____ Reduced____ Denied____ Tier I____ Tier II____

Reason: _____

Temporary: Free____ Reduced____ Time Period: _____ (expires after ____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

El participante en la instalación de cuidado diurno podría calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados en este cuadro.

Tamaño de la unidad familiar	Anual
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Cada persona adicional:	

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con [name] a más tardar el [date]. Si no, sus hijos dejarán de recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

Centro/Organización patrocinadora: [Name]

[Date]

Estimado(a) **[Name]**:

Estamos en proceso de verificar su Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP. Tenemos que hacer esto para asegurarnos de que el programa CACFP beneficie únicamente a las personas elegibles. Tiene que enviarnos información para comprobar que **[name(s) of participant(s)]** reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide. No nos envíe su tarjeta EBT ni ninguna otra tarjeta de beneficios que necesitará.

1. Si recibía beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR cuando solicitó las comidas gratuitas o a precios reducidos, o si los ha recibido en cualquier momento desde entonces, envíenos una copia de uno de estos documentos:

- Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas SNAP, TANF o FDPIR que muestre las fechas de certificación.
- Una carta del programa SNAP o de la Oficina de Beneficencia Pública que diga que ha sido aprobado para recibir beneficios de los programas SNAP o TANF.

2. Si recibió esa carta en nombre de un hijo de crianza:

Proporcione el nombre y la información de contacto de una persona de la agencia o el tribunal que pueda verificar que el niño está bajo la tutela legal de la agencia o el tribunal.

3. Si no recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR: Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió. **Envíe la información a: [address].**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

Empleos: Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo bruto y la frecuencia con que le pagan; o documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

Seguro Social, pensiones o jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

Desempleo, discapacidad o compensación a trabajadores: Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

Pagos de beneficencia pública: Carta de beneficios de la agencia de beneficencia pública.

Manutención de menores o pensión alimenticia: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos de inmuebles de alquiler): Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

No tiene ingresos: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

Iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa Military Housing Privatization Initiative.

Período aceptable de la documentación de los ingresos: Presente documentos que muestren sus ingresos del período en que solicitó los beneficios. Si no tiene esa información, puede presentar documentos desde el momento en que llenó el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP hasta el momento de la verificación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en este formulario para obtener beneficios de comidas. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social de todos los miembros adultos de la unidad familiar, entre ellos el del participante en el cuidado de niños. El número de Seguro Social no se requiere si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante que recibe los beneficios de comidas, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa CACFP.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con [name] a más tardar el [date], o nuestro centro dejará de recibir reembolso por las comidas gratuitas o a precios reducidos servidas a los participantes adultos.

Centro/Organización patrocinadora: [Name]

[Date]

Estimado(a) [Name]:

Estamos en proceso de verificar su Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP. Tenemos que hacer esto para asegurarnos de que el programa CACFP beneficie únicamente a las personas elegibles. Tiene que enviarnos información para comprobar que [name(s) of participant(s)] reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide. No nos envíe su tarjeta EBT ni ninguna otra tarjeta de beneficios que necesitará.

1. Si recibía beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid cuando solicitó las comidas gratuitas o a precios reducidos, o si los ha recibido en cualquier momento desde entonces, envíenos una copia de uno de estos documentos:

- Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid que muestre las fechas de certificación.
- Una carta del programa SNAP que diga que ha sido aprobado para recibir beneficios del programa SNAP.

2. Si no recibe beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid: Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió. **Envíe la información a: [address].**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

Empleos: Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo bruto y la frecuencia con que le pagan; o documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

Seguro Social, pensiones o jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

Desempleo, discapacidad o compensación a trabajadores: Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

Pagos de beneficencia pública: Carta de beneficios de la agencia de beneficencia pública.

Manutención de menores o pensión alimenticia: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos de inmuebles de alquiler): Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

No tiene ingresos: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

Iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa Military Housing Privatization Initiative.

Período aceptable de la documentación de los ingresos: Presente documentos que muestren sus ingresos del período en que solicitó los beneficios. Si no tiene esa información, puede presentar documentos desde el momento en que llenó el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP hasta el momento de la verificación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**.

Atentamente,

[signature]

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en este formulario para obtener beneficios de comidas. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social de todos los miembros adultos de la unidad familiar, entre ellos el del participante en el cuidado diurno de adultos. El número de Seguro Social no se requiere si usted provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR, número de caso de SSI o Medicaid para el participante que recibe los beneficios de comidas, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa CACFP.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".



**HEMOS VERIFICADO LA INFORMACIÓN DE SU FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD
SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP
(Cuidado de niños)**

Centro/Organización patrocinadora: [**Name**]

[**Date**]

Estimado(a) [**Name**]:

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que [**name(s) of participant**] reúne(n) los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos en nuestra instalación y hemos decidido que:

- No ha cambiado la elegibilidad del participante.
- A partir del [**date**], la elegibilidad del participante para recibir beneficios de comidas cambiará de **precios reducidos a gratuitas** porque los ingresos verificados están dentro de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. El participante recibirá comidas sin costo alguno.
- A partir del [**date**], la elegibilidad del participante para recibir comidas cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque los ingresos verificados están por encima de los límites.
- A partir del [**date**], el participante ya no reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):
 - ___ Los registros indican que usted no recibió beneficios de los programas SNAP, TANF o FDIPIR.
 - ___ Sus ingresos exceden de los límites para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
 - ___ No proporcionó: _____
 - ___ No respondió a nuestra solicitud.

Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede llenar otro Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con [**name**] al [**phone**]. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el [**date**], el participante continuará recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: [**name**], [**address**], [**phone number**].

Atentamente,

[**signature**]

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.



**HEMOS VERIFICADO LA INFORMACIÓN DE SU FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD
SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP
(Cuidado de adultos)**

Centro/Organización patrocinadora: [**Name**]

[**Date**:]

Estimado(a) [**Name**]:

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que [**name(s) of participant**] reúne(n) los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos en nuestra instalación y hemos decidido que:

- No ha cambiado la elegibilidad del participante.
- A partir del [**date**], la elegibilidad del participante para recibir beneficios de comidas cambiará de **precios reducidos a gratuitas** porque los ingresos verificados están dentro de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. El participante recibirá comidas sin costo alguno.
- A partir del [**date**], la elegibilidad del participante para recibir comidas cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque los ingresos verificados están por encima de los límites.
- A partir del [**date**], **el participante ya no reúne los requisitos** para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):
 - ___ Los registros indican que usted no recibió beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI, o Medicaid.
 - ___ Sus ingresos exceden de los límites para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
 - ___ No proporcionó: _____
 - ___ No respondió a nuestra solicitud.

Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede llenar otro Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con [**name**] al [**phone**]. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el [**date**], el participante continuará recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: [**name**], [**address**], [**phone number**].

Atentamente,

[**signature**]

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".



LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos califican para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de enfermarse.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted y ofrecerle la oportunidad de inscribir a sus hijos en el programa de seguro médico. Llenar los Formularios de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo con su Formulario de elegibilidad según los ingresos a **[address]** a más tardar el **[date]**. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)



¡No! NO deseo que se comparta la información de mi Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene el formulario a continuación.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha de hoy: _____

Su nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]**.