

# 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:

**P.O. Box 33070  
Reno, NV 89533**



## [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, **Food For Kids, Inc.** Si desea entregar el formulario directamente al patrocinador, entregue el formulario lleno a: **Food For Kids, Inc., P.O. Box 33070, Reno, NV 89533.**

\_\_\_ 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,  
**Alix Melillo**



## [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,

**Alix Melillo**





## 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.



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

<b>Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar</b>				
<b>Nombres de los niños inscritos:</b>				
<b>Nombres de todos los miembros de la unidad familiar</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	<b>MARCAR SI ES UN HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL)</b> * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON HIJOS DE CRIANZA, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.			<b>MARQUE SI NO TIENE INGRESOS</b>
	<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"/>
<b>Parte 2. Beneficios:</b> 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. <b>Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3.</b> NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____				
<b>Parte 3.</b> 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"/>				
<b>Parte 4. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.</b>				
<b>A. Nombre</b> (Liste <b>únicamente</b> los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	<b>B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron</b>			
	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 _____	\$ _____ / _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar)</b> 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				

**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:  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	20,665
2	27,991
3	35,317
4	42,643
5	49,969
6	57,295
7	64,621
8	71,947
Cada persona adicional:	7,326

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".