

# 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 <b>únicamente</b> a los participantes, cónyuges e hijos dependientes de los participantes)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron																				
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	
(Ejemplo) Ana Cabrera	\$200					\$150					\$100					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					

**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
- Negro o afroamericano
- Amerindio o nativo de Alaska
- Blanco
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

**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:**

**GUIA DE INGRESOS PARA COMIDA A PRECIOS REDUCIDOS  
1 DE JULIO, 2019 – 30 DE JUNIO, 2020**

Tamaño de la unidad familiar	Ingresos				
	Anualmente	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	23,107	1,926	936	889	445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
Para cada miembro adicional de la familia, agregue	8,177	682	341	315	158

**Información de privacidad. Esto explica lo que podemos hacer con su información.** 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:** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades