

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY LETTER (Family Day Care Home-Parent)  
FISCAL YEAR 2022**

**POR FAVOR LLENE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO**

<b>Nombre de Proveedor:</b>				
<b>Parte 1. Todos los miembros del hogar - incluyendo a los niños que vivan allí: Solicite hojas adicionales si las necesita.</b>				
<b>Nombres de todos los miembros del hogar</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		MARQUE SI ES UN NIÑO EN ACOGIDA (PUPILO DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O DEL TRIBUNAL). *SI TODOS LOS NIÑOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN SON NIÑOS EN ACOGIDA, DIRÍJASE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.		MARQUE SI NO RECIBE INGRESOS
Miembro adulto del hogar #1:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Miembro adulto del hogar #2:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Miembro adulto del hogar #3:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niño #1:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niño #2:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niño #3:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Niño #4:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Parte 2. Beneficios:</b> Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, FDPIR o TANF, dé el nombre y número de caso de la persona que recibe beneficios y diríjase a la Parte 4. <b>Si nadie recibe estos beneficios</b> , diríjase a la Parte 3.				
NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____				
<b>Parte 3. Ingreso Total del Hogar en Bruto (ingresos antes de las deducciones) – Indique la cantidad y frecuencia con que los recibe:</b>				
<b>A. Nombre (Sólo liste miembros del hogar con ingreso)</b>	<b>B. Ingresos en bruto y con qué frecuencia los recibe: Indique si es semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente...</b>			
	1. Ingresos del trabajo antes de las deducciones	2. Asistencia social, pensión alimenticia, manutención conyugal	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	4. Todo otro ingreso
	<b>cantidad / frecuencia</b>	<b>cantidad / frecuencia</b>	<b>cantidad / frecuencia</b>	<b>cantidad / frecuencia</b>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
<b>Parte 4. Firma y últimos cuatro dígitos de Número de Seguro Social:</b> Un miembro adulto del hogar deberá firmar este formulario. <b>Si llenó la Parte 3, el adulto que firma el formulario deberá también incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escribir "Ninguno" si no tiene Número de Seguro Social.</b> (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad que aparece al reverso de esta página.)				
<i>Certifico que toda la información en este formulario es correcta y que he reportado todos los ingresos. Comprendo que el hogar familiar de cuidado diurno recibirá fondos federales basados en la información que yo dé. Comprendo que los agentes de CACFP pueden verificar esta información. Comprendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas puede perder sus beneficios de alimentación y yo puedo ser procesado.</i>				
Firma: _____ Nombre (en letra de molde): _____ Fecha: _____				
Dirección: _____ Teléfono: _____				
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
Últimos cuatro dígitos de Número de Seguro Social: * * * - * * - _____ (Si no tiene, escriba "NINGUNO") _____				
<b>Parte 5.</b> Si alguno de los menores por los que usted está solicitando asistencia vive en la calle, vive de migrante, o ha huido de la casa, marque la casilla correcta y llame a su escuela, al consejero de menores en la calle o al coordinador de menores migrantes. En la calle <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Huido <input type="checkbox"/>				
<b>Parte 6. Origen étnico y raza del participante (opcional):</b>				
Marque un origen étnico:		Marque una o más razas:		
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativoamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano u otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		
<b>Autorización por Escrito (✓ la casilla):</b> <input type="checkbox"/> DESEO que el proveedor recoja este formulario y que lo transmita por mí al patrocinador.				
<b>No llene esta parte. Únicamente para uso del agente:</b>				
Conversión de Ingresos Anuales: semanalmente x 52, quincenalmente x 26, dos veces al mes x 24, mensualmente x 12				
Ingreso Total: _____ Por: <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> al año No. de Miembros en el Hogar _____				
Elegibilidad: Nivel I _____ Nivel II _____				
Firma del Agente que Determina: _____ Fecha: _____				
Firma del Agente que Confirma: _____ Fecha: _____				