CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2016

CARTA DE REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA BENEFICIOS ALIMENTICIOS DE CACFP (CENTRO DE CUIDADO INFANTIL)

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta esta intencionada para padres o tutores de niños inscritos en un centro de cuidado infantil. Este centro ofrece alimentos saludables a todo niño inscrito como parte de nuestra participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (CACFP, por sus siglas en inglés). El CACFP provee reembolso para alimentos y bocadillos saludables servidos a niños inscritos en la guardería infantil. Un hogar con ingreso menos que o igual a la tabla de ingresos de abajo para alimentos a precios reducidos es elegible para alimentos gratuitos o precio-reducido:

Tamaño Familiar en el Hogar	Anual
1	$21,775
2	$29,471
3	$37,167
4	$44,863
5	$52,559
6	$60,255
7	$67,951
8	$74,647
Cada persona adicional:	$ 7,696

Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP al llenar el Formulario de Elegibilidad por Ingresos para Beneficios Alimenticios. Para que el centro sea considerado elegible para alimentos gratuitos y precio-reducido basado a ingresos, una solicitud debe contener documentación completa de información elegible incluyendo ingreso total actualizado del hogar, nombre de todo miembro del hogar, número de seguro social del miembro del hogar quien firma la solicitud, y la fecha y firma del miembro adulto del hogar quien llena la solicitud. La información se va a mantener confidencial y sólo disponible al personal directamente en conexión a la administración del CACFP.

Si el menor es un niño de crianza o miembro de un hogar de SNAP o FDPIR o es un recibidor de TANF, el menor es automáticamente elegible para recibir beneficios gratuitos del Programa de Alimentos, sujeto al completar esta solicitud. Si un menor es participante de Head Start, el menor automáticamente es elegible para recibir beneficios del programa de alimentos gratuitos, sujeto a la sumisión por funcionarios de declaración de Head Start de documentación sobre elegibilidad por ingresos. Miembros de la familia quienes se llegan a quedar desempleados son elegibles para alimentos gratuitos o precio-reducido durante el periodo del desempleo; siempre que la pérdida de ingreso causa el ingreso familiar durante el periodo de desempleo que este dentro de la elegibilidad de esos alimentos.

Declaración de la ley de Privacidad (Esto explica como usaremos la información que usted nos dé): La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para alimentos gratuitos o precio-reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. No se requiere el Número de Seguro Social cuando usted aplica en representación de un niño de crianza o usted anota el número de caso del Programa de Asistencia en Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones de Indios (FDPIR, por sus siglas en inglés) para el participante u otros identificadores de (FDPIR) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar quien firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros vamos a usar su información para determinar si el participante es elegible para alimentos gratuitos o precio-reducido, y para la administración y ejecución del Programa.

Declaración de No-Discriminación (Esto explica que hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente): "De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU., está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. 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). Individuos con deficiencia auditiva o tienen incapacidad del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Relevo al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales."

POR FAVOR LLENE EL LADO REVERSO DE ESTE FORMULARIO

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2016

Parte 1. Todo Miembro del Hogar (incluyendo niños inscritos):

Nombre de todo miembro del hogar (Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	MARQUE SI UN NIÑO DE CRIANZA (LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DEL BIENESTAR O TRIBUNAL). *SI TODO NIÑO LISTADO ABAJO ES NIÑO DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO INGRESO
Miembro Adultos del Hogar #1:		☐	☐
Miembro Adultos del Hogar #2:		☐	☐
Miembro Adultos del Hogar #3:		☐	☐
Niños #1:		☐	☐
Niños #2:		☐	☐
Niños #3:		☐	☐
Niños #4:		☐	☐

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe SNAP, FDPIR, o TANF, provea el nombre y número de caso de la persona quien recibe beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, sáltese a la parte 3.**

NOMBRE:_____ NÚMERO DE CASO: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar (ingreso antes de cualquier deducción) Usted debe decirnos cuanto y que tan seguido:

A. Nombre (**Sólo** liste miembros del hogar con **ingreso**)	**B. Ingreso bruto y que tan seguido es recibido: identifique seminal, cada dos semanas, mensual, anual…**			
	1. Ingresos del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia social, sustento alimenticio, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos	4. Todo Otro Ingreso
	cuánto/qué tan seguido	**cuánto/qué tan seguido**	**cuánto/qué tan seguido**	**cuánto/qué tan seguido**
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____

Parte 4. Firma y Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social: Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario. **Si se llena la Parte 3, el adulto quien firma el formulario debe también listar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escriba la palabra Ninguno si el que firma no tiene un Número de Seguro Social.** (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad en el dorso de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se da cuenta de todo ingreso. Entiendo que el centro va a obtener los fondos Federales basado en la información que yo dé. Entiendo que funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si al propósito doy información falsa, el participante recibiendo alimentos puede perder los beneficios de alimentos, y puedo ser enjuiciado.

Firme aquí: _____ Escriba nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: _*_ _*_ _*_ - _*_ _*_ - _____ _____ _____ _____ Si no tiene Número de Seguro Social, escriba la palabra "NINGUNO" _____

Parte 5. Si cualquier menor por el cual usted está aplicando es sin techo, migrante, o un huidor marque la casilla adecuada y llame a su escuela, coordinador de los sin techos, o coordinador de migrantes Sin Techo ❑ Migrante ❑ Huidor ❑

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional):

Marque una identidad étnica	Marque una o más identidades raciales:	
❑ Hispano o Latino ❑ No Hispano o Latino	❑ Asiático ❑ Blanco ❑ Negro o Afro-Americano	❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacifico

No llene esta parte. Esto solamente es para el uso oficial:

Conversión de Ingreso Anual: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: _____Por: ❑ Semana, ❑ Cada 2 Semanas, ❑ Dos Veces al Mes, ❑ Mensual, ❑ Anual Número de Personas en el Hogar: _____

Elegibilidad/Ingreso Categórica: Gratis_____ Reducido_____ Pagado_____

Elegibilidad del Niño de Crianza: Gratis_____

Firma del Funcionario Determinador: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario Confirmador: _____ Fecha: _____

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)
FISCAL YEAR 2016