

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Family Day Care Home-Provider)  
FISCAL YEAR 2014**

**CARTA DE REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA BENEFICIOS ALIMENTICIOS DE CACFP  
(HOGAR FAMILIAR DE CUIDADO DIURNO – PROVEEDOR)**

Estimado Proveedor:

Para calificar para el reembolso de Nivel I o Nivel II, o si desea recibir reembolso por alimentos servidos a sus propios hijos bajo 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), usted debe llenar, firmar y devolver el Formulario de Requisitos de Elegibilidad por Ingresos Para Beneficios Alimenticios adjunto.

Tamaño Familiar en el Hogar	Anual
1	\$21,257
2	\$28,694
3	\$36,131
4	\$43,568
5	\$51,005
6	\$58,442
7	\$65,879
8	\$73,316
Cada persona adicional:	\$ 7,437

---

**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 quienes tienen incapacidad del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.”

---

**POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO  
O signo wavier a continuación**

**En este momento, yo elijo no completar la solicitud para el examen de elegibilidad de ingresos o reclamar a mis propios hijos.**

---

**FIRMA**

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Family Day Care Home-Provider)  
FISCAL YEAR 2014**

Para aplicar para reembolso de alimentos servidos a sus propios hijos llene cuidadosamente, y devuelva a su patrocinador.

**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 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"/>

**Parte 2. Beneficios:** Si cualquier miembro de su hogar recibe [Asistencia Alimenticia de DES], [FDPIR], o [Asistencia en Efectivo de DES], provea el nombre y número de caso de la persona quien recibe beneficios y sátese a la parte 4. **Si nadie recibe estos beneficios, sátese a la parte 3.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

**Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar – 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 semanal, 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 alimenticios, 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 un 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:
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacifico
	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano

**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: Nivel I \_\_\_\_\_ Nivel II \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Determinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Confirmador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Family Day Care Home-Provider)  
FISCAL YEAR 2014**