**[Fecha]**

Estimado Padre o Tutor**:**

##### **[Nombre del hogar de cuidado diario]** ofrece comidas saludables y meriendas a niños como parte del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). Su proveedor de cuidado diario recibe ayuda de CACFP para servir esas comidas. CACFP ofrece más apoyo a su proveedor si el ingreso de su hogar es igual o menor a los límites de esta tabla:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estándares de Ingresos Federales para Comidas de Precio Reducido para el 1 de julio de 20\_\_\_\_ - 30 de junio de 20\_\_\_\_\_\_ | | |
| Tamaño del hogar | Ingreso Anual | Ingreso Mensual |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
|  |  |  |

##### Por favor complete un formulario de *Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP*. Esto nos ayudará a saber cuánta ayuda su proveedor recibe. Asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Llene toda la información que le pedimos. Solo podemos aceptar formularios completos. Favor de enviar el formulario completado a:

**[Nombre, Dirección, Dirección de correo electrónico]**

Gracias por tomarse el tiempo de llenar el formulario. ¡Esperamos que su niño(a) disfrute las comidas de CACFP!

En la operación de programas de nutrición para niños, ninguna persona será discriminada por su raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

*Firma*

**[Nombre & Titulo]**