

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS FAMILIARES PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS

Estimado Padre o Tutor:

El hogar de cuidado de niños donde está(n) inscripto(s) su(s) niño(s) participa del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés). Este programa le reembolsa al proveedor del hogar parte de los costos de servir comidas nutritivas a los niños en cuidado. La participación en el CACFP les permite a los proveedores mantener más bajas sus tarifas y servir comidas nutritivas a sus niños que están en cuidado. Al proveedor se le paga a una tasa más alta de reembolso por las comidas servidas a niños cuyos ingresos familiares están en o por debajo de cierto nivel o reciben asistencia de un programa estatal o federal listado más abajo. **Nota: no se debe utilizar líquido corrector o tachaduras. Si hay un error, haga una cruz, corrija e inicialice.**

Parte 1 PROVEEDOR Y NIÑOS:

- Escriba el primer nombre y el apellido del proveedor que cuida de su(s) niño(s).
- Escriba el primer nombre y el apellido y la fecha de nacimiento de cada niño inscripto en el hogar de cuidado de niños.
- Si el niño es un niño cuidado sustituto (la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o la corte), por favor marque la casilla.

Parte 2 PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FA), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF), PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PARA LAS RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR), O UNO DE LOS OTROS PROGRAMAS FEDERALES O ESTATALES LISTADOS MÁS ABAJO (con un límite de elegibilidad de ingresos que no exceda el 185% de la pobreza):

- Complete las Partes 1, 3A y 4 al dorso.
- Proporcione el nombre y número de caso para el programa del cual se reciben los beneficios.

<u>Programas Federales</u> Programa Nacional de Almuerzo Escolar Programa de Nutrición Especial Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) Programa de Productos Alimenticios Suplementarios (CSFP) Programa Head Start. Programa Even Start.	<u>Programas Estatales</u> Asistencia Médica Asistencia para Cuidado de Niños Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP) Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos
---	--

Parte 3A PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE EXCEDE LAS NORMAS DE INGRESOS MÁS ABAJO:

- Complete las Partes 1, 3A y 4 al dorso.

PARA CALCULAR LOS INGRESOS ANUALES

Ingreso Semanal X 52 + Ingreso Cada 2 Semanas X 26 + Ingreso dos veces al Mes X 24 + Ingreso Mensual X 12

Tamaño del Grupo Familiar:	1	2	3	4	5	6	7	Cada Miembro Adicional de la Familia
Ingresos Anuales:	\$27,861	\$37,814	\$47,767	\$57,720	\$67,673	\$77,626	\$87,579	+ \$9,953

Parte 3B PARA TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES:

- Complete las Partes 1, 3B y 4 al dorso utilizando la información adicional más abajo.
- **NOMBRES DEL GRUPO FAMILIAR:** Escriba los nombres de todas las personas en su grupo familiar no listadas en la Parte 1. Inclúyase a usted y a todos los otros niños, a su cónyuge, abuelos, otros parientes y personas que no sean parientes en su grupo familiar. Utilice una hoja de papel por separado si no tiene suficiente espacio.
- **INGRESO BRUTO PREVIO A DEDUCCIONES:** Escriba el monto de ingresos que cada persona recibe en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) apropiada(s): Ganancias del Trabajo, Bienestar/Manutención/Pensión Alimenticia de Niño, Pensiones/Jubilaciones/Seguro Social u Otros Ingresos (ver la lista más abajo). Al lado del monto de ingreso escriba con qué frecuencia era recibido el ingreso. Ingreso es cualquier dinero previo a impuestos o a que sea restada cualquier otra cosa. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla para ingresos cero.
 - **OTROS INGRESOS:** beneficios de huelga, compensación por desempleo, compensación del trabajador, beneficios por discapacidad, interés/dividendos, retiro en efectivo de los ahorros, ingresos provenientes de bienes/fideicomiso/inversiones, ingresos por regalías/rentas vitalicias/rentas, y contribuciones periódicas de personas que no viven en el grupo familiar.
 - **NIÑOS EN CUIDADO SUSTITUTO:** Liste cualquier ingreso personal recibido por el niño en cuidado sustituto bajo la Parte 3B. Ingresos personales son (a) dinero proporcionado para el uso personal del niño, como ser ropa, tarifas escolares y subsidios y (b) todo otro dinero que el niño obtenga, como ser dinero proveniente de su familia.
 - **BENEFICIOS DE VIVIENDAS MILITARES:** Informe el subsidio por vivienda fuera de la base como ingreso. Si la vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.
 - **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** Informe los ingresos provenientes de emprendimientos comerciales menos los costos operativos para obtener los ingresos netos. Las pérdidas que resultan del emprendimiento no pueden ser deducidas de ingresos positivos ganados en otro empleo. El menor ingreso posible es cero.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba al menos los últimos cuatro (4) dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. Si el miembro adulto del grupo familiar no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solamente para uso por parte de CACFP y es requerida.

Parte 4 FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Firme y feche la solicitud.
- Complete la información de contacto - nombre, domicilio, número de teléfono, e información del empleador.
- Inicialice si usted otorga su permiso al proveedor para que recoja este formulario y lo devuelva al patrocinante. La falta de inicialización en el formulario indica que usted mismo devolverá el formulario directamente al patrocinante.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS FAMILIARES
1 DE JULIO DE 2024 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025**

Parte 1: NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____
Apellido Primer Nombre

NIÑOS: Liste el/los nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de sus niños inscriptos en cuidado de niño. Si el niño es un niño en cuidado sustituto, por favor marque la casilla.

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Niño en Cuidado Sustituto
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2: GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FA), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF), O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PARA LAS RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR): Complete las Partes 1, 2 y 4.

Nombre del Programa: _____ Número de Caso _____

Si su grupo familiar recibe asistencia de otro(s) programa(s) listado(s) al dorso, por favor liste el programa y número de caso más abajo.

Nombre del Programa: _____ Número de Caso _____

Parte 3A. GRUPOS FAMILIARES QUE SUPERAN LAS NORMAS DE INGRESOS: Complete las Partes 1, 3A y 4.

Si los ingresos de su familia superan las normas de ingresos (listadas al dorso), marque esta casilla

Parte 3B. TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES – Si usted no tiene un número de caso FA, TAF o FDPIR: Complete las Partes 1, 3B y 4.

Liste los Nombres de Todos los Miembros del Grupo Familiar no listados en la Parte 1	INGRESOS BRUTOS PREVIO A CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para el Empleado por Cuenta Propia)						Marcar Si Ingreso CERO.		
	Ganancias del Trabajo		Bienestar, Manutención de Niño / Pensión alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguro Social			Todos los Otros Ingresos	
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?		¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<i>semanalmente</i>	\$150	<i>2 x mes</i>	\$100	<i>mensualmente</i>			<input type="checkbox"/>
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>

Número de Seguro Social del Miembro del Grupo Familiar que firma el formulario (últimos 4 dígitos solamente):

Número de Seguro Social: XXX – XX – _____ Si usted no tiene un Número de Seguro Social, marque esta casilla

Declaración de la Ley de Privacidad: La Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares requiere que, a menos que sea proporcionado el número de caso de cupones de comida, FDPIR o TAF de su niño, usted debe incluir el número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario o indicar que el miembro del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social. No es obligatorio proporcionar un número de seguro social, pero si no se proporciona un número de seguro social y no se indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social, no puede ser aprobada la solicitud. Este aviso debe ser informado al miembro del grupo familiar cuyo número de seguro social es revelado. El número de seguro social puede ser utilizado para identificar al miembro del grupo familiar al realizar esfuerzos para verificar si es correcta la información incluida en la solicitud. Esto puede incluir revisiones auditorías, e investigaciones del programa, comunicarse con empleadores para determinar ingresos, comunicarse con una oficina de cupones de comida o de bienestar para determinar la certificación actual de recepción de beneficios de cupones de comida, TAF o FDPIR, comunicarse con la oficina de seguridad de empleo del Estado para determinar el monto de beneficios recibidos, y revisar la documentación proporcionada por el miembro del grupo familiar para comprobar el monto de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de los beneficios, en reclamos administrativos, en acciones legales si se informa información incorrecta.

Parte 4. FIRMA: *Certifico que la información más arriba es verdadera y que están informados todos los ingresos. Comprendo que esta información está siendo proporcionada para la recepción de fondos federales, que los funcionarios del patrocinante pueden verificar la información en la solicitud, y que cualquier distorsión deliberada de la información puede someterme a una acción judicial bajo las leyes Estatales y Federales aplicables. Un adulto debe firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada.*

Firma del Padre o Tutor formulario.

Fecha

Inicialice aquí si usted otorga su permiso al proveedor para que recoja este formulario y lo devuelva al Patrocinante. El Proveedor no debe revisar su _____

Nombre en Letra de Imprenta

Si no es inicializado, esto indica que usted mismo devolverá el formulario directamente al Patrocinante.

Domicilio

Teléfono en Durante el Día

Ciudad, Estado

Código Postal

Empleador(es)

For Sponsor Use Only

FA/TAF/FDPIR Homeless Documentation from school, emergency shelter, or agency

FOSTER CHILD – automatically eligible List name of foster child(ren): _____

HOUSEHOLD INCOME: _____ HOUSEHOLD SIZE: _____

Household Determined:	<input type="checkbox"/> Not Eligible <input type="checkbox"/> Eligible	Effective Date: _____	Expiration Date: _____
_____	_____	_____	_____
Determining Signature	Date	Confirming Signature	Date