

Estimado Participante o Miembro Adulto de la Familia o Tutor:

Nuestro centro ha obtenido la aprobación para participar en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés). El CACFP le reembolsa al centro el costo parcial de las comidas. La participación en el CACFP nos permite mantener nuestras tarifas más bajas y también servir comidas nutritivas a los participantes de nuestro programa.

El padre/miembro adulto de la familia/tutor debe completar las Partes 1 y 4 y una de las opciones siguientes: Parte 2, Parte 3A o Parte 3B para determinar el monto de fondos del CACFP que el centro será elegible para recibir. Este formulario será colocado en nuestros archivos y tratado como información confidencial. **Nota: no se debe utilizar líquido corrector o tachaduras. Si hay un error, haga una cruz, corrija e inicialice.**

Parte 1 PARTICIPANTE:

- **NOMBRE DEL PARTICIPANTE:** Liste el primer nombre y apellido del participante.
- **FECHA DE NACIMIENTO:** Liste la fecha de nacimiento del participante.
- **ETNIA/RAZA:** Utilizando los códigos proporcionados, ingrese los códigos para etnia y raza.

Parte 2 PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FA) POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIO (SSI POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O MEDICAID:

- Complete las Partes 1, 2 y 4 al dorso.
- Proporcione el nombre y número de caso para el programa del cual se reciben los beneficios.

Parte 3A PARA UN GRUPO FAMILIAR QUE EXCEDE LAS PAUTAS DE INGRESOS LISTADAS EN EL GRÁFICO ABAJO:

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

PARA CALCULAR LOS INGRESOS ANUALES

Ingresos Semanales X 52 + Ingresos Cada 2 Semanas X 26 + Ingresos Quincenales X 24 + Ingresos Mensuales 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 3 B PARA TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES:

- Complete las Partes 1, 3B y 4 al dorso utilizando la información adicional abajo.
- **NOMBRES DEL GRUPO FAMILIAR:** Escriba los nombres de todas las personas del grupo familiar. Incluya el participante, el/la cónyuge del participante y/o cualquier otra persona que viva con el participante y depende de él/ella para el sustento económico. Los adultos con discapacidad funcional que viven con sus padres son considerados como una "familia" separada de sus padres.
- **INGRESOS BRUTOS PREVIO A DEDUCCIONES:** Escriba el monto de los ingresos que cada persona recibe en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) apropiada(s): Ganancias del Trabajo, Bienestar/Manutención de Niño/Pensión Alimentaria, Pensiones/Jubilación/Seguro Social u Otros Ingresos (consulte la lista más abajo). Al lado del monto de ingresos escriba con qué frecuencia recibe el ingreso. Ingresos son todo el dinero previo a que sean deducidos los impuestos o cualquier otra cosa. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de 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, contribuciones periódicas de personas que no viven en el grupo familiar.
 - **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 los cuatro (4) últimos dígitos del número de seguro social del participante o miembro adulto de la familia o tutor que firma los formularios. Si el participante o miembro adulto de la familia o tutor no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solo para el uso de CACFP y es obligatoria.

Parte 4 FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Firme y coloque la fecha en la solicitud. El formulario debe ser firmado por el participante o miembro adulto de la familia o tutor.
- Complete la información de contacto - nombre, domicilio, número de teléfono e información del empleador.

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 DE INGRESOS PARA CENTROS DE CUIDADO DIA ADULTO
1 DE JULIO DE 2024 HASTA 30 DE JUNIO DE 2025**

Parte 1. PARTICIPANTE: Complete con el nombre del participante, fecha de nacimiento, etnia y raza.

		Etnia/Raza*	
Apellido, Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Etnia	Raza

*Etnia (seleccione una): H=Hispano o Latino o N=No Hispano o Latino

*Raza (seleccione una o más): B= Blanca N=Negra o Afro Americana, I=Indio Americana o Nativa de Alaska, A=Asiática o P=Nativa de Hawai u otra Isla del Pacífico

Parte 2. GRUPOS FAMILIARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FA), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF) PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIO (SSI POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) O MEDICAID: Complete las Partes 1, 2 y 4.

Nombre del Programa: _____ Número de Caso _____

Parte 3A. GRUPOS FAMILIARES QUE EXCEDEN LAS PAUTAS DE INGRESOS: Complete Partes 1, 3A y 4.

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

Parte 3B. TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES - Si usted no tiene un número de caso para FA, TAF, FDPIR, SSI o Medicaid, complete las Partes 1, 3B y 4.

INGRESOS BRUTOS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (Neto para quienes Trabajan por Cuenta Propia)
S=Semanalmente 2S=Cada 2 semanas Q =Quincenalmente M= Mensualmente A=Anualmente

Liste los Nombres de Todos los Miembros del Grupo Familiar no listados en la Parte 1	Ganancias provenientes del Trabajo		Bienestar, Manutención de Niño, Pensión Alimentaria		Pensiones, Jubilación, Seguridad Social		Todos los Otros Ingresos		Marque Si Tiene ingreso CERO
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	S	\$150	Q	\$100	M			<input type="checkbox"/>
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>

Número de Seguro Social del Miembro del Grupo Familiar que firma el formulario:

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social: XXX- XX - _____ Si usted no tiene un Número de Seguro Social, marque esta casilla

Declaración de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario de beneficio de comidas. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. El número de seguro social no es obligatorio cuando lista un número de caso de un programa de Asistencia Alimentaria Programa (FA), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) para el participante u otro identificador, SSI o número de identificación de Medicaid para el participante que recibe los beneficios de comida o cuando usted indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del CACFP.

Parte 4. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que sean reportados todos los ingresos. Comprendo que el establecimiento recibirá los fondos Federales en base la información que yo proporcione. Comprendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar la información. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa, el participante que recibe las comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo podría ser procesado.

Firma del Participante o Miembro Adulto de la Familia o Tutor:

Fecha

Nombre en Letra Imprenta _____ Teléfono durante el Día _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Employador(es) _____

FOR CENTER USE ONLY

___ FA/TAF/FDPIR/SSI/MEDICAID HOUSEHOLD
___ Homeless Documentation from school, emergency shelter, or agency
___ ANNUAL INCOME: _____ HOUSEHOLD SIZE: _____

Sponsor's Determining Signature Date

Sponsor's Confirming Signature Date

HOUSEHOLD CATEGORY:	<input type="checkbox"/> Free
	<input type="checkbox"/> Reduced Price
	<input type="checkbox"/> Paid