

Estimado Proveedor:

Esta información le concierne si usted desea establecer elegibilidad de ingresos como hogar Nivel I en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del departamento de Agricultura de los EE.UU. o si usted desea recibir reembolsos por comidas servidas a su(s) niño(s).

**Elegibilidad como Hogar Nivel** – El CACFP tiene una estructura de reembolsos de dos niveles. Para calificar para las tasas de reembolso del Nivel I para comidas servidas a niños inscritos en su hogar de cuidado de día, usted debe ya sea 1) estar ubicado en un área de bajos ingresos según lo determinado por la información de límites escolares o datos de censo o 2) calificar como hogar de Nivel I en base a las normas de elegibilidad por ingresos o recepción de beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal para Familias (TAF por sus siglas en inglés) o Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDPIR por sus siglas en inglés). Si usted califica como hogar Nivel I porque su hogar está ubicado en un área de bajos ingresos, usted no tiene que completar este formulario a menos que quiera reclamar las comidas servidas a su(s) propio(s) niño(s).

**Elegibilidad para Comidas Servidas a Su Propio Niño** – Usted debe completar este formulario si desea reclamar comidas CACFP servidas a su(s) propio(s) niño(s). Si usted califica, puede reclamar comidas servidas a su(s) propio(s) niño(s) que vive(n) en el grupo familiar. (Aplican ciertas restricciones – comuníquese con su patrocinante para más detalles.)

**Nota: no se debe utilizar líquido corrector o tachaduras. Si hay un error, haga una cruz, corrija e inicialice.**

#### Parte I NIÑOS:

- Complete esta parte para cada uno de sus niños inscritos para cuidados. Liste el apellido y el primer nombre de cada niño y las fechas de nacimiento.
- 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 GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (FAP), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF), O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PARA LAS RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR):

- 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 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:	\$23,606	\$31,894	\$40,182	\$48,470	\$56,758	\$65,046	\$73,334	+ \$8,288

#### 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.
- **INGRESOS 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.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA PROVEEDORES DE HOGAR  
1 DE JULIO DE 2020 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2021**

**Parte 1: NIÑOS:** Liste el/los nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de sus niños. 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 (FAP), 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 \_\_\_\_\_

**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 FAP, 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	semanalmente	\$150	2 x mes	\$100	mensualmente			
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 E INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

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.

Nombre en Letra de Imprenta \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad Postal \_\_\_\_\_ Estado Código \_\_\_\_\_

Teléfono en Durante el Día \_\_\_\_\_

Empleador(es) \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**For Sponsor Use Only**

**FORM IS FOR:**  PROVIDER TIER I ELIGIBILITY (verification of income required)  PROVIDER'S OWN CHILD(REN) ELIGIBILITY

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

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

ANNUAL INCOME: \_\_\_\_\_ HOUSEHOLD SIZE: \_\_\_\_\_

VERIFIED HH INCOME: \_\_\_\_\_ VERIFIED HH SIZE: \_\_\_\_\_

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