

**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 excede 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.

Programas Federales

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.

Programas Estatales

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 EXCDE 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:	\$28,953	\$39,128	\$49,303	\$59,478	\$69,653	\$79,828	\$90,003	+ \$10,175

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 los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario llenado o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
fax: (202)690-7442;
correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS FAMILIARES
1 DE JULIO DE 2025 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2026**

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"/>

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.

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

Fecha _____

Incialice 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: Not Eligible Eligible Effective Date: _____ Expiration Date: _____

Determining Signature _____ Date _____ Confirming Signature _____ Date _____