



## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de adultos)

**Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar**

**Nombres de los adultos inscritos:**

<b>Nombres de los participantes adultos</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	<b>MARQUE SI NO TIENE INGRESOS</b>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

**Parte 2. Beneficios:** Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas [State SNAP], [FDPIR], [State SSI] o [Medicaid], anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

TIPO DE BENEFICIO (MARQUE UNO):    SNAP    FDPIR    SSI    Medicaid

**Parte 3. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.**

<b>A. Nombre</b> (Liste <b>únicamente</b> a los participantes, cónyuges e hijos dependientes de los participantes)	<b>B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron</b>			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
(Ejemplo) Ana Cabrera	\$200/semana	\$150/dos veces al mes	\$100/mensual	\$ /
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

**Parte 4. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (adulto tiene que firmar)**

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

*Certifico que toda la información que indiqué en este formulario es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que el centro u hogar de cuidado diurno recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_ No tengo número de Seguro Social

**Parte 5. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)**

<b>Marque una identidad étnica:</b>	<b>Marque una o más identidades raciales:</b>
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska
	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano



## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado de adultos)

**No llene esta parte. Es solo para uso oficial.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Paid\_\_\_ Denied\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Tamaño de la unidad familiar	Gratis anual	Precio reducido anual
1	\$ 0 – \$15,782	\$ 15,783- \$22,459
2	\$ 0 – \$21,398	\$ 21,399- \$30,451
3	\$ 0 – \$27,014	\$ 27,015- \$38,443
4	\$ 0 – \$32,630	\$ 32,631- \$46,435
5	\$ 0 – \$38,246	\$ 38,247- \$54,427
6	\$ 0 – \$43,862	\$ 43,863 - \$62,419
7	\$ 0 – \$49,478	\$ 49,479- \$70,411
8	\$ 0 – \$55,094	\$ 55,095 - \$78,403
Cada persona adicional:	+ 5, 616	+ 7,992

**El participante en la instalación de cuidado diurno podría calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados en este cuadro.**

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

**Aviso de no discriminación:** El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y los solicitantes de empleo con base en la raza, color, origen, edad, discapacidad, sexo, identidad sexual, religión, represalia, y cuando se aplica, creencias políticas, estado civil, familiar o parentesco, orientación sexual, o si parte o el total de los ingresos de una persona provienen de un programa de ayuda pública, o por la información genética protegida por el empleo en cualquier otra actividad dirigida o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se le aplican a todos los programas y/o empleo).

Si desea presentar una demanda de Derechos Civiles por discriminación, complete el formulario de Discriminación de USDA que se encuentra en: [http://www.ascr/usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr/usda.gov/complaint_filing_cust.html), o llame a cualquier oficina de USDA al siguiente teléfono: 866-632-9992 para solicitar el formulario. Puede escribir una carta con toda la información que se solicita en el formulario. Envíe la carta con la información completa a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410, puede enviarla por fax al 202-690-7442, o por correo electrónico al [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con problemas de oído o del habla pueden comunicarse con USDA a través del Federal Relay Service al 800-877-8339, o en español al 800-845-6136. USDA es un patrón que ofrece igualdad de oportunidades.