

Instrucciones del Formulario de Elegibilidad de Beneficio de Comida del CACFP

¡El Programa de Alimentos de Niños y Adultos (CACFP) hace de la Buena comida una parte regular del cuidado diario de su niño(a)! Por favor complete el formulario de *Elegibilidad de Ingresos de Beneficio de Comida de CAPFP*. Este nos ayuda a determinar si su hogar cualifica para comidas gratis o reducidas de precio. Esto nos deja saber cuanto dinero CACFP le dará para apoyar su hogar de cuidado diario o centro.

Instrucciones

Aquí están las instrucciones para ayudarle a llenar el formulario. Antes de que comience, mire el formulario por la parte de atrás para aprender por qué le pedimos esta información. Esto le informa cómo utilizamos la información y qué derechos usted tiene. También le dice cómo contactar a la USDA si usted piensa que se le trata injustamente.

Por favor asegúrese de llenar toda la información requerida. Utilice un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando termine, por favor envíenos el formulario a:

[Información de contacto].

Paso 1:

Haga una lista de todos los niños bajo cuidado diario en su hogar. Use una línea para cada nombre del niño(a). Escriba una letra en cada encasillado. Deténgase si le falta espacio. Si hay más niños, añada sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tiene usted hijos adoptivos? Si usted contesta *Sí*, marque el encasillado *Hijo Adoptivo (Foster Child)* al lado del nombre del niño(a). Si usted solo está aplicando para niños adoptivo, termine el Paso 1 y continúe al Paso 4. Si usted está aplicando para ambos adoptivo y no adoptivo, continúe al Paso 2.

¿Hay algunos niños inmigrantes, que han huido de sus casas, sin hogar, o matriculados en Head Start? Si *Sí*, marque los encasillados correctos al lado del nombre del niño(a) y continúe al Paso 4.

Paso 2:

Usted cualifica para comidas gratis si usted vive en un hogar que recibe del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

¿Existen algunos miembros de su hogar, incluyendo usted, que actualmente reciban SNAP, TANF, o FDPIR? Si *Sí*, escriba el número del caso en el encasillado y continúe al Paso 4. Usted solo necesita proveer un número de caso. Si *No*, continúe al Paso 3.

Paso 3:

Reporte el ingreso actual para todos los miembros del hogar. Salte este paso si usted contestó Sí en el Paso 2.

¿Cómo usted reporta ingresos de su niño(a)? Vaya al reverso de su formulario y utilice la tabla de *Fuente de Ingreso para Niños* para ver si su hogar tiene ingresos que reportar. Escriba la cantidad en los encasillados en la parte A del formulario. Marque cuán a menudo la cantidad es obtenida. Escriba 0 en el encasillado si no hay ingresos que reportar.

¿Cómo usted reporta ingreso de los miembros adultos de su hogar? Vaya al reverso de su formulario y utilice la tabla de *Fuente de Ingreso para Adultos* para ver si su hogar tiene ingresos que reportar.

En la parte B, liste todos los adultos en su hogar, incluyendo usted, aunque ninguno de ustedes reciba ingresos. Incluya todos los adultos, tales como abuelos, otros parientes, y amigos que vivan con usted y compartan el ingreso del hogar y los gastos. Escriba la cantidad de ingreso que cada uno de ustedes recibe, en los encasillados al lado de sus nombres. Marque cuán a menudo se recibe la cantidad. Escriba 0 en el encasillado si no hay ingreso que reportar.

Asegúrese que usted reporta la cantidad de dinero actual que usted obtiene antes de los impuestos. No incluya SNAP, FDPIR, WIC, ayuda financiera estudiantil, o dinero que usted recibe por un hijo adoptivo como ingreso.

Cuente el número de niños y adultos en su hogar. Incluya todos los infantes, niños, estudiantes, y adultos. Escriba el total en el encasillado bajo la lista de miembros adultos en el hogar.

¿Tiene usted o algún otro miembro adulto de su hogar un número de seguro social? Escriba los últimos cuatro dígitos en los encasillados. Si no hay número de Seguro Social, marque el encasillado *Indique si no tiene SSN* (Check if no SSN).

Puntos para recordar:

Si:	Entonces:
Su ingreso no siempre es el mismo	Liste la cantidad de dinero que usted normalmente obtiene. Por ejemplo, no incluya pago de horas extras, si usted normalmente no lo cobra. Si su ingreso normalmente es más alto o más bajo, usted puede reportar el ingreso anual en vez.
Su hogar incluye miembros que no son ciudadanos	Usted o sus niños no tienen que ser ciudadanos americanos para cualificar para beneficios de comidas.
Usted está en la milicia	No incluya su Subsidio Suplementario de Subsistencia Familiar (FSSA), pago de combate, o el dinero que usted recibe por hogar privado. Si está desplegado, cuente la cantidad de pagos que está disponible para su hogar como ingreso.

Paso 4:

Un adulto miembro de su hogar debe firmar este formulario. El firmante promete que toda la información es verdadera y completa.

Escriba en letra de molde el nombre, dirección y teléfono o correo electrónico del adulto firmante. Firme y escriba la fecha de hoy en los encasillados marcados.

Opcional

Le preguntamos acerca de la etnicidad de sus niños para asegurarnos que hacemos lo mejor para servir a su comunidad. No es necesario proveer esta información. A usted no se le negarán beneficios en base a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento.

Formulario de Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP
Compartiendo información con Medicaid y SCHIP (Centro de Precios)

Los niños que obtienen comidas gratis o reducidas de precio del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP) también pueden cualificar para un seguro de salud de bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (SCHIP).

Puede que compartamos la información de elegibilidad de CACFP de su niño(a) con Medicaid o con SCHIP, *a menos que usted nos indique que no*. Medicaid y SCHIP *solo* usan la información para saber si sus niños son elegibles para sus programas. Su personal puede contactarlo a usted para ofrecerle inscripción a sus niños en estos programas de seguro de salud.

Si usted **no desea** que nosotros compartamos su información con Medicaid o con SCHIP, llene esta página. Usted debe enviar esta página con su formulario de *Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP* cuando solicite. El enviar esta página no cambiará la elegibilidad de su niño(a) para comidas gratis o reducidas de precio.

☐ **¡No! No deseo** que la información de elegibilidad de CACFP de mi niño(a) sea compartida con Medicaid o con SCHIP.

Si marcó que no, llene lo siguiente:

Nombre del niño(a):

Nombre del niño(a)::

Nombre del niño(a):

Nombre del niño(a):

Fecha de hoy:

Escriba su nombre (en letra de molde):

Dirección:

Firma de Padre o Tutor:

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, favor contactar a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP
Carta a los Padres (Centro de Precios)

[Fecha]

Estimado Padre o Tutor:

[Nombre del Centro] ofrece comidas saludables y meriendas a niños como parte del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). **[Nombre del Centro]** recibe ayuda de CACFP para servir esas comidas. CACFP ofrece más apoyo si el ingreso de su hogar es menor o igual a los límites de esta tabla:

Estándares de Ingresos Federales para Comidas de Precio Reducido para el 1 de julio de 20____ - 30 de junio de 20____		
Tamaño del	Ingreso Anual	Ingreso Mensual

Por favor complete el formulario de *Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP*. Esto nos ayudará a saber cuánta ayuda **[Nombre de Centro]** recibe. Por favor asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Llene toda la información que le pedimos. Solo podemos aceptar formularios completos. Favor de enviar el formulario completado a:

[Nombre, Dirección, Dirección de correo electrónico]

Gracias por tomarse el tiempo de llenar el formulario. ¡Esperamos que su niño(a) disfrute las comidas de CACFP!

En la operación de programas de nutrición para niños, ninguna persona será discriminada por su raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP
Resultados de Elegibilidad para los padres (Centro de Precios)

[Fecha]

Estimado Padre o Tutor:

Gracias por solicitar para comidas gratis o reducidas de precio para **[Nombre del Niño(a)]**. Hemos verificado el formulario de aplicación que usted nos envió y encontramos que

[Favor seleccionar solo la oración que aplica al hogar.]

- ☐ su niño(a) es elegible para comidas gratis.
- ☐ su niño(a) es elegible para comidas reducidas de precio.
- ☐ su niño(a) no es elegible para comidas gratis o reducidas de precio, porque
 - ☐ su ingreso está por encima de la cantidad permitida.
 - ☐ su solicitud no estaba completa.
 - ☐ **[Otro]**

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene el derecho a apelarla. Si su ingreso disminuye o el número de personas en su hogar aumenta, usted puede solicitar por beneficios de comida nuevamente.

Si usted tiene preguntas o quiere solicitar una apelación, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP
Carta a los Padres (Centro de Precios)

[Fecha]

Estimado Padre o Tutor:

[Nombre del Centro] ofrece comidas saludables y meriendas a niños como parte del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). Su niño(a) puede ser elegible para comidas gratis o reducidas de precio, dependiendo de si ingreso. Su niño(a) cualifica si el ingreso de su hogar es menor o igual a los límites en esta tabla:

Estándares de Ingresos Federales para Comidas a Precio Reducido para el 1 de julio de 20____ - 30 de junio de 20____		
Tamaño del hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual
1		
2		
3		
4		
5		

Usted puede averiguar si su niño(a) es elegible completando un formulario de *Elegibilidad de Ingresos para Beneficio de Comida de CACFP*. Asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Llene toda la información que solicitamos. Solo podemos aprobar formularios completos. Favor de enviar el formulario completado a:

[Nombre, Dirección, Correo Electrónico].

Si nosotros aprobamos su formulario, su niño(a) será elegible por 12 meses. Nosotros podemos verificar la información en el formulario, en cualquier momento durante el año, para confirmar que su niño(a) fue elegible cuando usted solicitó.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho a apelarla. En la operación de programas de nutrición para niños, ninguna persona será discriminada por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimento. Si usted tiene preguntas o quiere pedir una apelación, favor de contactar a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Gracias por tomarse el tiempo de solicitar. ¡Esperamos que su niño(a) disfrute las comidas de CACFP!

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP
Notificación de Verificación a los Padres (Centro de Precios)

[Fecha]

Estimado Padre o Tutor:

Hemos aprobado su solicitud para comidas de cuidado infantil. **[Nombre del niño(a)]** debe estar obteniendo comidas gratis o a precio reducido en este momento. ¡Esperamos que su niño(a) esté disfrutando las comidas!

Sin embargo, hay un último paso que usted debe tomar. Necesitamos que usted nos envíe documentos que confirmen la elegibilidad de su niño(a). Cada año, verificamos algunos de los formularios para asegurarnos que los niños son elegibles. Este año, escogimos su formulario para verificar.

*Por favor envíenos la información para el **[Fecha]** o **[Nombre del niño(a)]** cesará de recibir comidas gratis o reducidas de precio.*

El reverse de esta carta tiene información acerca de qué enviar y cómo puede usted enviarla. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP
Verificación de Resultados a los Padres (Centro de Precios)

[Fecha (de transmisión)]

Estimado Padre o Tutor:

Hemos verificado la información que nos envió para confirmar la elegibilidad de **[Nombre del Niño(a)]** para comidas gratis o reducidas de precio. Encontramos que

[Favor seleccionar solo la oración que aplica al hogar.]

- ☐ su niño(a) aún es elegible.
- ☐ comenzando el **[Insertar la fecha 10 días después de la fecha de transmisión]**, la elegibilidad de su niño(a) cambiará de comidas de precio reducido a gratis.
- ☐ comenzando el **[Insertar la fecha 10 días después de la fecha de transmisión]**, la elegibilidad de su niño(a) cambiará de comidas gratis a comidas de precio reducido. Esto es porque **[Insertar explicación]**.
- ☐ comenzando el **[Insertar la fecha 10 días después de la fecha de transmisión]**, su niño(a) no es elegible para comidas gratis o de precio reducido. Esto es porque **[Insertar explicación]**.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene el derecho a apelarla. Si usted pide una apelación para el **[Fecha]**, su niño(a) seguirá obteniendo comidas gratis o de precio reducido hasta que se tome una decisión.

Si su ingreso disminuye o el número de personas en su hogar aumenta, usted puede solicitar por beneficios de comida nuevamente.

Si usted tiene preguntas o quiere solicitar una apelación, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Formulario de Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP
Carta al Proveedor (**Nivel I Tarifas o Beneficios de Comida de los Propios Hijos del Proveedor**)

[Fecha]

Estimado(a) **[Nombre del Proveedor]**:

Gracias por participar en el Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP) y proveer comidas saludables a niños en su cuidado. Este formulario de *Elegibilidad de Ingreso de Comida de CACFP* es para proveedores de hogares de cuidado diario de familia a quienes les gustaría:

1. Solicitar por reembolso de nivel 1 por comidas de CACFP servidas a todos los niños inscritos en su hogar de cuidado diario, basado en el ingreso del hogar del proveedor, o
2. Solicitar por reembolso de nivel 1 por comidas de CACFP servidas a sus propios hijos inscritos en su hogar de cuidado diario.

Utilizaremos la información que usted proveyó en este formulario para determinar su elegibilidad para tarifas de nivel 1. Asegúrese de que usted reporte todo el ingreso de su hogar, no solamente el ingreso de su negocio del hogar de cuidado diario. Si el ingreso de su hogar es igual o menor a las cantidades para el tamaño de su hogar en la *Tabla de Ingresos Federales*, usted recibirá un reembolso de nivel 1 para todos los niños inscritos, incluyendo cualquiera de sus propios hijos inscritos en su hogar de cuidado diario.

Estándares de Ingresos Federales para Comidas de Precio		
Tamaño del	Ingreso Anual	Ingreso Mensual

Por favor asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Llene toda la información que pedimos. Solo podemos aprobar formularios completos. Por favor envíe el formulario completado a:

[Nombre, Dirección, Dirección de correo electrónico].

Para aprobarlo a usted para las tarifas de nivel 1, confirmaremos que la información provista en el formulario está correcta. Usted debe incluir documentos, junto con su formulario, los cuales muestren el ingreso de su hogar. El reverso de esta carta tiene información acerca de qué enviar.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho a apelar. En la operación de programas de nutrición para niños, ninguna persona será discriminada debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimento. Si usted tiene

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

preguntas o quiere solicitar una apelación, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Qué enviar
¿Alguien en su hogar recibe [SNAP del Estado], [TANF del Estado], FDPIR, o [Escriba nombres de cualquier programa de beneficios del Estado que otorgan elegibilidad categórica] ? <i>Si Sí:</i> Devuelva esta carta con una copia de su [SNAP del Estado], [TANF del Estado], FDPIR, o notificación de certificación de [Escriba nombres de cualquier programa de beneficios del Estado que otorgan elegibilidad categórica]. Si usted no tiene una notificación, usted puede enviarnos cualquier carta de esa oficina que muestre sus fechas de certificación. <i>No envíe su tarjeta de EBT.</i> ¡Si usted nos envía uno de los documentos arriba, usted habrá terminado! <i>Si No:</i> Devuelva esta carta junto con copias de documentos que muestren el ingreso total de su hogar para el mes en que solicitó o cualquier mes desde entonces. Vea <i>Documentos para Mostrar Ingresos</i> abajo.

Documentos para Mostrar Ingresos

Cada documento debe mostrar:

- ☐ *Nombre de la persona que recibe el ingreso*
- ☐ *Fecha recibida*
- ☐ *Cantidad recibida*
- ☐ *Cuán a menudo fue recibida*

Empleos: Talonario de cheque, declaración de sueldo, o carta del patrono

Trabajo por cuenta propia: Papeles de negocio o de finca, tales como contabilidad o de impuestos

Seguro Social, Pensiones, o Retiro: Notificación de elegibilidad o estado de pago

Desempleo, Discapacidad, o Compensación de trabajadores: Notificación de elegibilidad o estado de pago

Manutención de niños o Pensión alimenticia: Decreto judicial, acuerdo por escrito, o copias de cheques recibidos

Cualquier otro ingreso (Tal como ingreso de alquileres): Cualquier documento que muestre la cantidad del ingreso, la persona que lo recibe, la fecha en que se recibió, y cuán a menudo se recibe.

Vivienda militar: Carta o contrato de alquiler que muestre que la pensión de la vivienda va directamente a la vivienda como parte de la Iniciativa Militar de Vivienda Privatizada.

Formulario de Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP
Carta a los Padres (Tarifas de Nivel 1 para Proveedores de Nivel II)

[Fecha]

Estimado Padre o Tutor:

[Nombre del hogar de cuidado diario] ofrece comidas saludables y meriendas a niños como parte del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). Su proveedor de cuidado diario recibe ayuda de CACFP para servir esas comidas. CACFP ofrece más apoyo a su proveedor si el ingreso de su hogar es igual o menor a los límites de esta tabla:

Estándares de Ingresos Federales para Comidas de Precio Reducido para el 1 de julio de 20____ - 30 de junio de		
Tamaño del hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual

Por favor complete un formulario de *Elegibilidad de Ingreso de Beneficio de Comida de CACFP*. Esto nos ayudará a saber cuánto ayuda su proveedor recibe. Asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Llene toda la información que le pedimos. Solo podemos aceptar formularios completos. Favor de enviar el formulario completado a:

[Nombre, Dirección, Dirección de correo electrónico]

Gracias por tomarse el tiempo de llenar el formulario. ¡Esperamos que su niño(a) disfrute las comidas de CACFP!

En la operación de programas de nutrición para niños, ninguna persona será discriminada por su raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, por favor contacte a **[Nombre]** al **[Número de teléfono]** o **[Dirección de correo electrónico]**.

Sinceramente,

Firma

**[Nombre
Título]**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.