



(1) Anote el nombre de sus niños inscritos en la guardería

Nombre (Apellido, Nombre) Edad

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Marque esta casilla si alguno de los niños listados arriba es un niño de crianza.

Sponsor's Name, Address, and Telephone Number:

Nombre de la Proveedora: \_\_\_\_\_  
Número de licencia: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_

(2) Si alguna persona en su hogar recibe ayuda de alguno de los siguientes programas, solamente complete esta casilla y las secciones (1), (4), y (5)

Programas de Aprobación Automática		Programas de Aprobación Automática	
<input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDIR)	Número de Caso: _____	<input type="checkbox"/> Medicaid	Número de Caso: _____
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Número de Caso: _____	<input type="checkbox"/> Commodity Supplemental Foods (CSFP)	Número de Caso: _____
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) anteriormente conocido como el Programa de Estampillas para Alimentos	Número de Caso: _____	<input type="checkbox"/> Baby Care Kid Care (Medic Aid Program)	Número de Caso: _____
<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo* *Necesita una carta del Programa, que especifique que el niño reúne los requisitos para su participación en el mismo (Por favor vea las instrucciones al reverso de este formulario).		<input type="checkbox"/> WIC	Número de Caso: _____
		Le informamos que <u>no se acepta</u> el número de la tarjeta Quest o el número de Seguro Social como comprobante de elegibilidad de los programas de SNAP, TANF o FDIR. Por favor vea las instrucciones al reverso de esta página.	

Otras Fuentes de Elegibilidad Categórica son categorías que establecen la elegibilidad de los niños para beneficios gratuitos, la institución deberá obtener la documentación que verifique la elegibilidad del niño. Si alguna de las condiciones a continuación de aplica a uno o más de los niños listados arriba, por favor marque una de las siguientes casillas:

- Uno o más de los niños listados arriba es hijo de crianza y es responsabilidad del Estado o fue colocado por la corte con los padres de crianza. La institución deberá obtener la documentación de la agencia de colocación para verificar que el niño es hijo de crianza.
- Si alguno de los niños o la madre embarazada listado arriba está inscrito en el programa de Early Head Start /Head Start, or Even Start el niño, o la madre embarazada califican automáticamente para recibir alimentos por medio de CACFP al nivel de reembolso gratis, y no necesitan completar la forma de elegibilidad de ingresos. Sin embargo, el patrocinador deberá mantener uno de los siguientes documentos de la oficina de Head Start or Even Start en sus archivos, que muestren la elegibilidad del niño, o de la madre embarazada: 1) Una copia de la aplicación aprobada por Head Start or Even Start; 2) Un documento de inscripción del programa de Head Start; o 3) La lista oficial del programa de Early Head Start o Head Start, que incluye el nombre del niño o de la madre embarazada. 4) Para Even Start, la confirmación del oficial de Even Start de que el niño todavía no ha entrado en Kindergarten.
- Si uno o más de los niños listados arriba es un niño sin hogar, o un niño migrante o fugitivo; la institución debe obtener documentación que verifique la condición del niño por parte del director del refugio para desamparados, del Coordinador del Programa de Educación al Migrante, o de un funcionario del Programa de Jóvenes Fugitivos of Sin Hogar.

Si selecciono una de las casillas arriba, no necesita completar el resto de la aplicación.

(3) Otros miembros del Hogar y el Ingreso Actual del Hogar: El ingreso es un dato confidencial y no será divulgado.

Anote los nombres de todos los miembros del hogar, además de los niños que ya anotó arriba, aún cuando no estén relacionados con usted por lazos de sangre, o por matrimonio. Anote a todos los niños no inscritos en la guardería, aún cuando estos no reciban ningunos ingresos. Dé las cantidades del ingreso bruto recibido por todas los miembros de su hogar el mes pasado, indique si el ingreso fue recibido semanalmente, mensualmente, o anualmente. "Ingreso" se refiere al ingreso bruto o ingreso en efectivo antes de las deducciones. En caso de ingresar '0' o dejar los espacios en blanco, se entiende que no tiene ingresos que declarar. Lea el reverso de esta página para consultar las definiciones del término "ingresos".

Otros Miembros en el Hogar no Listados en la Sección (1)	Salario y Prestaciones	(Otros Ingresos)	TOTAL (Para ser llenado por el patrocinador)
	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____
	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____
	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____
	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	\$ _____
Total de Personas que Viven en el Hogar: _____	S= Semanal M= Mensual A= Anual Nota: Si fuera necesario convertir algunos de los ingresos a un ingreso anual, multiplique el ingreso semanal por 52, el ingreso de dos veces por semana por 26, y el ingreso mensual por 12.		INGRESO TOTAL: \$ _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A

Ingreso Bruto/Salario/Jornales

- "Ingreso" se refiere al ingreso bruto o ingreso en efectivo antes de las deducciones.

- Inversiones monetarias por servicios prestados, incluyendo jornales, salarios, beneficios de huelga, comisiones u honorarios, y por dividendos o intereses en cuentas de ahorro, de inversiones, de fideicomisos, o ingresos de otras cuentas.
- Ingreso neto por trabajo independiente o agrícola.
- Pagos de la Seguridad Social, asistencia o bienestar públicos (ejemplo: TANF, Asistencia General o Ayuda General), pensión por divorcio, pagos para el mantenimiento de los hijos, pensión de desempleo.
- Pensiones privadas, rentas anuales, beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad, beneficios de veteranos, dividendos o intereses en bonos de ahorro, ingresos por rentas o fideicomisos, regalías o derechos por renta.
- Asistencia económica al estudiante (subsidios o becas) no usados en los gastos educativos.
- Contribuciones o ayudas regulares de personas que no viven en el hogar, o cualquier otro dinero disponible para pagar por la alimentación del niño(s).

Si el ingreso es negativo escriba "0".

(4) **Número de Seguro Social:** Si el adulto miembro del hogar que llena este formulario no proporciona un número de Estampilla para Alimentos, TANF o de FDPIR en la Parte 2 de este formulario, la persona que completa el formulario deberá proporcionar los 4 últimos números/dígitos del Seguro Social (NSS).

-   -

Si el adulto miembro del hogar que llena y firma este formulario no tiene un Número de Seguro Social, marque esta casilla

(5) **Firma:** Yo, certifico que la información contenida en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que esta información está condicionada al recibo de fondos Federales, que las autoridades del patrocinador podrían verificar la información y que, cualquier información deliberadamente falsa podría conducir a juicio, en conformidad con las leyes Federales y Estatales. Si el niño listado en este formulario es un niño de crianza, este formulario puede ser firmado por un oficial de la corte u otra agencia encargada del bienestar del niño.

\_\_\_\_\_ / / Dirección: \_\_\_\_\_  
 Firma de Miembro Adulto o Responsable del Hogar Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Postal  
 ( ) - ( ) -  
 Nombre Impreso Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo

**FOR SPONSOR USE ONLY**  
 Eligibility Official (Signature): \_\_\_\_\_ TIER I  TIER II   
 Determination Date: Month   Year    
 This form expires 12 months after the month in which the Sponsor makes the determination. Example: If the determination date is July 2020, the form is valid from July 1, 2020 through July 31, 2021. The Sponsor may use the date the parent/guardian signs the income eligibility form or the date on the Sponsor's official makes the determination, and signs and dates the income eligibility form. The same approval method selected must be used for all forms approved by the Sponsor.

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.

## Carta para la Forma de Elegibilidad del Ingreso Familiar del Niño

Estimado padre o tutor:

**¡Felicidades!** Con nuestro patrocinio, la guardería que usted ha escogido para el cuidado de su niño(a), participa en el **Child and Adult Care Food Program (CACFP)** (Programa del Cuidado a la Alimentación para Niños y Adultos, según sus siglas en inglés). La participación en el CACFP le asegura a usted que la guardería se preocupa por la buena nutrición de los niños a su cuidado. Por lo tanto, mientras su niño(a) esté al cuidado, la guardería le ofrecerá y servirá a su niño(a) comidas que ofrezcan una variedad de alimentos nutritivos que ayuden a cubrir sus necesidades nutricionales. La guardería que cuida a su niño(a) no podrá cobrarle una cantidad adicional por los alimentos, ni pedirle que usted proporcione los alimentos que su niño(a) reciba en las comidas que sean reclamadas por reembolso en CACFP, excepto en algunos casos especiales. Dependiendo de las horas en que su niño se encuentre al cuidado, la guardería le servirá las siguientes comidas: desayuno, merienda de media mañana, almuerzo, merienda de la tarde, cena, y /o merienda nocturna.

Si el ingreso de su hogar es menor o igual a las cantidades señaladas para el tamaño del hogar y que se muestran en la tabla a continuación, la guardería recibirá más dinero como reembolso del CACFP, lo cual ayudará a que sus niños reciban los mejores alimentos posibles mientras asisten a la guardería. **No se le requiere completar este formulario para que su(s) niño(s) reciba(n) los beneficios del programa de alimentos (CACFP).**

(Efectivas del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021)					
TABLA DE INGRESOS					
Tamaño de la Familia	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Tamaño de la Familia	Ingreso Anual	Ingreso Mensual
1	23,606	1,968	5	56,758	4,730
2	31,894	2,658	6	65,046	5,421
3	40,182	3,349	7	73,334	6,112
4	48,470	4,040	8	81,622	6,802
Por cada miembro adicional de la familia, aumente:				+8,288	+691

Si usted ha elegido completar este formulario por favor, complete, firme, y regrese este formulario al patrocinador cuya dirección aparece en el formulario o a su guardería. Si escogió entregarle el formulario a la guardería, usted deberá firmar la sección de consentimiento al final de esta página en el cual usted autoriza a su proveedora a entregarle el formulario al patrocinador. No podremos usar la información que nos dé, si el formulario no está completo.

Si su niño(s) participa en alguno de los programas listados en la Sección 2, marque el cuadro correspondiente indicando el número de identificación del programa. El ingreso es un dato confidencial y no será divulgado.

Si alguna miembro de su hogar recibe los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Estampillas para Alimentos o del Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDPIR), no se le requiere reportar los ingresos en la Sección #3 y no se le requiere reportar los 4 últimos números/dígitos del Seguro Social (NSS) en la Sección #4. Le informamos que no se acepta el número de la tarjeta Quest o el número de Seguro Social como comprobante de elegibilidad de los programas de SNAP, TANF o FDPIR.

Un niño (a) de crianza, quien está bajo la responsabilidad del Estado o de la corte, es elegible automáticamente para recibir reembolso por los alimentos servidos mientras esta al cuidado de la proveedora en la tasa Tier I. El niño de crianza puede ser certificado sin necesidad de llenar una aplicación, siempre y cuando haya documentación del Estado o de una agencia local que verifique que el niño, es un niño de crianza cuyo cuidado y colocación es la responsabilidad del Estado, o quien ha sido colocado por la corte en un hogar de crianza. Para facilitar el proceso de aplicación y ayudar a que los hijos de la familia de crianza puedan calificar para los beneficios de la tasa Tier I basado en los ingresos y el tamaño de la unidad familiar, los padres de crianza pueden incluir los niños de crianza y sus propios hijos en la misma aplicación. Los pagos recibidos por la familia de crianza por la ubicación del niño de crianza en su hogar no son considerados ingresos de la familia y no deben ser incluidos en la Sección #3 de este formulario. La familia de crianza sólo deberá reportar cualquier ingreso ganado por el niño de crianza.

Si marca "School Lunch" (Almuerzo Escolar) según sus siglas en inglés) envíe una carta de la escuela indicando la participación de su(s) niño(s) al recibir almuerzos gratis o con tarifa reducida junto con este formulario. Si usted marca "Head Start", mande una carta del Programa en donde diga que su niño(a) reúne los requisitos de ingreso para participar en el programa de "Head Start" junto con este formulario. Usted podrá dejar sin contestar la sección 3, pero por favor complete las Secciones 1, 4, y 5.

Si ningún miembro de su hogar recibe los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Estampillas para Alimentos o del Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDPIR), o de alguno de los **Programas de Aprobación Automática** listados en la sección 2, o si el niño no es beneficiario de uno de los programas de **Otras Fuentes de Elegibilidad Categórica**, haga el favor de anotar los ingresos totales de su hogar en el mes anterior a la fecha de este formulario en la Sección 3. La Secretaría de Agricultura de E.U.A. (U.S. Department of Agriculture), que da el dinero para este programa, define que un hogar se compone de un grupo de personas, familiares o no, (no residentes de una institución o dormitorio) que viven como una unidad económica y que comparten la casa, los ingresos y los gastos importantes.

Si usted no proporcionó un número del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Estampillas para Alimentos o del Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas, de acuerdo a los reglamentos, usted deberá incluir los 4 últimos números/dígitos del Seguro Social (NSS). El divulgar los 4 últimos números/dígitos del Seguro Social es voluntario, sin embargo, el anotar los 4 últimos números/dígitos del Seguro Social es un requisito para la aprobación del formulario. Si el adulto miembro del hogar que completa y firma este formulario no tiene un número de Seguro Social, entonces deberá marcar la casilla localizada al reverso de este formulario.

Si alguno de los niños que viven en el hogar son beneficiarios de los programas de Otras Fuente de Elegibilidad Categórica (hijo de crianza, Head Start /Early Head Start, or Even Start migrante, sin hogar o fugitivo), los niños son elegibles para recibir comidas gratis y no hay necesidad de llenar una solicitud, simplemente marque la casilla al lado del programa que se aplica. La institución que recauda el formulario deberá verificar la participación del niño en el programa mediante la solicitud de la documentación en la oficina de colocación si el niño es un hijo de crianza; del oficial de Even Start or Head Start si el niño o la madre embarazada son participantes de Even Start, Head Start /Early Head Start; o de los funcionarios del refugio para desamparados, del Coordinador del Programa de Educación al Migrante, o de un funcionario del Program de Jóvenes Fugitivos de Sin Hogar. Para Even Start, la confirmación del oficial de Even Start que el niño todavía no ha entrado en Kindergarten.

### Sección de Autorización/Consentimiento:

Yo, \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Nombre del adulto miembro del hogar quien llena el formulario)

#### Por favor marque lo que se aplique:

- Yo, regresare este formulario al patrocinador cuyo nombre y dirección aparecen en el formulario.
- Yo, autorizo a la proveedora de mi guardería a entregarle el formulario al patrocinador cuyo nombre y dirección aparecen en el

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.