



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):

Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE

ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____

NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad ☐

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) (Ejemplo) Jane Smith	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes _____	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ ☐ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: _____ Anote una o más identidades raciales: _____

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ hispano o latino | ☐ Asiático | ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska |
| ☐ No hispano ni latino | ☐ Blanco | ☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico |
| | ☐ Negro o Africano-Americano | |

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

☐ **Sí** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

☐ **No** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: ☐ Semana, ☐ Cada 2 semanas, ☐ Dos veces por mes, ☐ Mes, ☐ Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ____ Reducida ____ Negada ____ Nivel I ____ Nivel II ____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.