



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:				
Nombres de los participantes adultos (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)				MARQUE SI NO TIENE INGRESOS
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, FDPIR, SSI o AHCCCS, 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: _____				
Parte 3. Ingresos totales brutos de la unidad familiar—Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.				
A. Nombre (Liste únicamente a los participantes, cónyuges e hijos dependientes de los participantes)	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$200/semanal _____	\$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.) <i>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.</i> Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social				
Parte 5. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)				
Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:			
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska		
<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	<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/Income Eligibility: Free _____ Reduced _____ Paid _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

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.

Tamaño de la unidad familiar	Anual
1	\$23,107
2	\$31,284
3	\$39,461
4	\$47,638
5	\$55,815
6	\$63,992
7	\$72,169
8	\$80,346
Cada persona adicional:	\$ 8,177

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.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".