

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para adultos)

**Siga estas instrucciones si su hogar recibe SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid:**

**Parte 1:** En la primera línea, indique los nombres de los participantes adultos inscritos.

**Parte 2:** Indique el número de elegibilidad de cualquier miembro del hogar que reciba beneficios SNAP, TANF, FDPIR, SSI, o Medicaid. **Nota:** El número de SSI es el número de seguro social completo. El número SNAP o TANF debe ser el #EDG de 9 o 8 dígitos que es asignado por HHSC.

**Parte 3:** Omita esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. Los cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social **no** son necesarios.

**Parte 5:** Responda esta pregunta si quiere.

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES, sigan estas instrucciones:**

**Parte 1:** Indique el participante(s) adulto inscrito, el cónyuge y los hijos dependientes del participante(s) adulto. Si no tiene ingresos, marque la casilla que está junto a cada miembro del hogar, según corresponda.

**Parte 2:** Omita esta parte.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

**Columna A – Nombre:** Indique solamente el primer y el último nombre de **cada** participante adulto, cónyuge e hijos dependientes del adulto participante que vive en su hogar y que comparte ingresos y gastos.

**Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron:** Para cada **miembro del hogar que sea participante, cónyuge, o dependiente del participante**, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

**Casilla 1:** Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.

**Casilla 2:** Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

**Casilla 3:** Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

**Casilla 4:** Indique **TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS** incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los trabajadores autónomos, informe los ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, TANF, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

**Parte 4:** El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 5:** Responda esta pregunta si quiere.

**Declaración de la Ley de Privacidad:** Esto explica cómo utilizaremos la información que nos da.

**Declaración de no discriminación:** Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente.

**THIS PAGE LEFT INTENTIONALLY BLANK**



**FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA  
EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para adultos)**

**Parte 1. Todos los miembros del hogar**

**Nombre del/los adulto(s) inscrito(s):**

<b>Nombres de los miembros del hogar (incluyendo los adultos inscritos)</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	MARQUE SI NO TIENE INGRESOS
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

**Parte 2. Beneficios:** Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid, 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. Ingresos Brutos Totales del Hogar: Debe indicarnos cuánto y con qué frecuencia**

A. Nombre (Indique <b>solamente</b> el participante(s), el cónyuge y los hijos dependientes del participante(s) con ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron 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 social, manutención de hijos, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todos los demás ingresos
	\$200/semanales	\$150/dos veces por mes	\$100/mensuales	\$200/bimestralmente
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**Parte 4. Firma y los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social (el adulto debe firmar)**

Este formulario debe estar firmado por un miembro adulto del hogar. **Si la Parte 3 está completada, el adulto que firma el formulario también debe indicar los cuatro últimos dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla "No tengo Número de Seguro Social".** (Ver la Declaración sobre la Ley de Privacidad en el reverso de esta página.)

*Certifico que toda la información de este formulario es verdadera y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que yo dé. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo puedo ser procesado.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Escriba su nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

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

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

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

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: \* \* \* \* - \* \* \* - \_\_\_\_\_  No tengo Número de Seguro Social



**FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA  
EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para adultos)**

<b>Parte 5. Identidad étnica y racial del participante (opcional)</b>	
Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico
<b>No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.</b>	
Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12 Ingresos totales: _____ Per: <input type="checkbox"/> Semana, <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas, <input type="checkbox"/> Dos veces por mes, <input type="checkbox"/> Mes, <input type="checkbox"/> 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: _____	
<b>Declaración de la Ley de Privacidad:</b>	
La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. No está obligado a dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando 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. Usaremos su información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido, y para la administración y cumplimiento del Programa.	



## FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para adultos)

### Declaración de no discriminación:

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: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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 (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico:  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.