

## 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)**

<b>Parte 1. Todos los miembros del hogar</b>				
<b>Nombre del/los adulto(s) inscrito(s):</b>				
<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"/>
<b>Parte 2. Beneficios:</b> 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. <b>Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.</b> NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____				
<b>Parte 3. Ingresos Brutos Totales del Hogar: Debe indicarnos cuánto y con qué frecuencia</b>				
<b>A. Nombre</b> (Indique <b>solamente</b> el participante(s), el cónyuge y los hijos dependientes del participante(s) con ingresos) (Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	<b>B. Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron</b> 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
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
<b>Parte 4. Firma y los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social (el adulto debe firmar)</b> Este formulario debe estar firmado por un miembro adulto del hogar. <b>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".</b> (Ver la Declaración sobre la Ley de Privacidad en el reverso de esta página.)  <i>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.</i>  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: * * * - * * - _____ <input type="checkbox"/> 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 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.