

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL  
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE  
COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP  
(GUARDERÍAS INFANTILES)**

**Siga estas instrucciones si su grupo familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR:**

**Parte 1.** Indique todos los niños inscritos y los integrantes del grupo familiar.

**Parte 2.** Indique el número de elegibilidad de cualquier integrante del grupo familiar (incluyendo adultos) que reciba beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR. El número de los programas SNAP o TANF debe ser el EDG# de ocho o nueve dígitos asignado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). **Para proveedores de guarderías que buscan únicamente la clasificación de nivel I:** debe facilitar documentación adicional fechada que sustente su participación en estos programas.

**Parte 3.** Omita esta parte.

**Parte 4.** Omita esta parte.

**Parte 5.** Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social.

**Parte 6.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Siga estas instrucciones si usted es un proveedor de guardería o tiene un niño inscrito en un proveedor de guardería, y su niño o un integrante del grupo familiar está inscrito en cualquiera de los programas federales o estatales calificados incluidos en el formulario H1660 (“Lista de programas elegibles financiados con fondos federales o estatales”):**

**Parte 1.** Indique todos los niños inscritos y los integrantes del grupo familiar.

**Parte 2.** Omita esta parte.

**Parte 3.** El auspiciador debería haber facilitado el formulario H1660 (“Lista de programas elegibles financiados con fondos federales o estatales”) junto con esta solicitud. Facilite el nombre del programa calificado del formulario H1660 e indique el número de elegibilidad, si corresponde. **Con el fin de otorgarle calificación a un niño sin facilitar información sobre ingresos en la parte 4,** usted debe adjuntar además pruebas oficiales de la participación del grupo familiar en el programa mencionado.

**Parte 4.** Omita esta parte.

**Parte 5.** Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social.

**Parte 6.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Siga estas instrucciones si todos los niños para los que se está presentando la solicitud están bajo crianza temporal o no tienen hogar, o bien si solo está solicitando beneficios para el niño bajo crianza temporal o sin hogar:**

**Parte 1.** Indique todos los niños bajo crianza temporal o sin hogar. Marque la casilla que señala que el niño es está bajo crianza temporal o sin hogar.

**Parte 2.** Omita esta parte.

**Parte 3.** Omita esta parte.

**Parte 4.** Omita esta parte.

**Parte 5.** Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

**Parte 6.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Todos los demás grupos familiares deben seguir estas instrucciones:**

**Parte 1.** Indique todos los niños inscritos y los integrantes del grupo familiar. Debe marcar la casilla “Sin ingresos” para cualquier persona que no devengue ingresos (incluyendo niños). Marque la casilla si el niño está bajo crianza temporal o sin hogar.

**Parte 2.** Omite esta parte. Consulte las instrucciones anteriores para grupos familiares que participen en los programas SNAP, TANF o FDPIR.

**Parte 3.** Omite esta parte. Consulte las instrucciones anteriores para grupos familiares que participen en un programa calificado que figure en el formulario H1660.

**Parte 4.** Siga estas instrucciones para informar los ingresos familiares totales de este mes o del mes pasado.

**Columna A – Nombre.** Indique solo el nombre y apellido de cada persona que viva en su grupo familiar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con los ingresos (tales como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja de papel si lo necesita.

**Columna B – Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron.** Indique cada tipo de ingreso recibido durante el mes para cada integrante del grupo familiar. Debe notificarnos con qué frecuencia se recibe el dinero (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual):

**Casilla 1.** Indique los ingresos brutos, no la remuneración neta. Los ingresos brutos son el monto devengado antes de impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlos en su recibo de sueldo, o su jefe se lo puede informar.

**Casilla 2.** Indique el monto que cada persona recibió durante el mes en concepto de bienestar, manutención infantil y pensión alimenticia.

**Casilla 3.** Indique los beneficios provenientes de jubilación, del Seguro Social, del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), de la Administración de Beneficios para Veteranos y por discapacidad.

**Casilla 4.** Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS, incluyendo indemnización laboral, beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su grupo familiar y cualquier otro tipo de ingresos. SOLO para trabajadores por cuenta propia, declare los ingresos después de gastos en la casilla 1. La casilla 4 es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de los programas SNAP, FDPIR o WIC, o beneficios educativos federales. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (MHPI) o recibe remuneración por combate, no incluya esta asignación para vivienda como ingresos.

**Parte 5.** Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7.** Responda esta pregunta si lo desea.

**Declaración de la Ley de Privacidad.** Aquí se explica cómo utilizaremos la información que usted nos brinde.

**Declaración de no discriminación.** Aquí se explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.



## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

**Nombre de la guardería infantil o proveedor de guardería:** \_\_\_\_\_

**Parte 1. Todos los integrantes del grupo familiar**

Nombre del (de los) niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI SE TRATA DE UN NIÑO BAJO CRIANZA TEMPORAL (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR O UN TRIBUNAL) O DE UN NIÑO SIN HOGAR. * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON NIÑOS BAJO CRIANZA TEMPORAL O SIN HOGAR, PASE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
<b>Nombres de todos los integrantes del grupo familiar</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 2. Beneficios.** Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR, facilite el nombre y el número de elegibilidad de dicha persona. **Si nadie recibe estos beneficios, pase a la parte 3.**  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: \_\_\_\_\_

**Parte 3. (Se aplica solo a padres o tutores con niños inscritos en una guardería o en grupos familiares proveedores de guarderías).** Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios indicados en el formulario adjunto "Lista de programas elegibles financiados con fondos federales o estatales" (H1660), facilite el nombre del programa y el número de elegibilidad:  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: \_\_\_\_\_  
 Marque aquí si no tiene número de elegibilidad

**ADEMÁS, SÍRVASE ADJUNTAR PRUEBAS OFICIALES DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MENCIONADO. Pase a la parte 4 si usted no es proveedor de guardería, no tiene un niño inscrito en una guardería o no participa en un programa calificado.**

**Parte 4. Ingresos brutos familiares totales: debe notificarnos su monto y su frecuencia**

A. Nombre (Indique únicamente los integrantes del grupo familiar que devengan ingresos) (Ejemplo) Jane Smith	B. Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron. NOTE: Los trabajadores por cuenta propia declaran los ingresos después de gastos en la casilla 1.			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguridad Social, Programa SSI, beneficios para veteranos	4. Todos los demás ingresos
	\$200/semana	\$ 150/dos veces al mes	\$100/mes	\$200/dos veces al mes
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

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

Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. **Si se completa la parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social".** (Consulte la "Declaración de la Ley de Privacidad" en la página siguiente).

*Certifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que el centro o la guardería recibirá fondos federales en función de la información que facilite. Entiendo que los funcionarios del Programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa a sabiendas, el participante que recibe las comidas puede perder dichos beneficios y que se me puede someter a enjuiciamiento.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \_ \* \_ \* \_ \* - \_ \* \_ \* - \_\_\_\_\_  No tengo un número de Seguro Social



# FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

## Parte 6. 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"/> Indio americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Afroamericano	

## Parte 7. Compartir información con otros programas (OPCIONAL)

La información anterior puede divulgarse con la finalidad de inscribir a los niños en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Los padres o tutores no están obligados a dar su consentimiento para dicha divulgación y escoger no permitirla no afectará de manera negativa la elegibilidad del niño.

- Opto** por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.
- No opto** por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.

## No complete esta parte. Es solo para uso oficial.

Conversión a ingresos anuales: semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12

Ingresos totales: \_\_\_\_\_ Frecuencia:  Semanal  Cada dos (2) semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
 Tamaño del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Elegibilidad categórica: \_\_\_\_\_ Fecha de retiro: \_\_\_\_\_ Elegibilidad: Gratuitas \_\_\_\_\_ A precio reducido \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_ Nivel I \_\_\_\_\_  
 Nivel II \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario encargado de la toma de decisiones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario encargado de confirmaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario de seguimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Declaración de la Ley de Privacidad.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información contenida en esta solicitud. No es obligatorio que facilite la información. Sin embargo, si no lo hace, no podremos otorgar aprobación al participante para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Sin embargo, el número de Seguro Social no es obligatorio cuando usted presenta la solicitud en nombre de un niño bajo crianza temporal o si señala un identificador de elegibilidad del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o de otro programa calificado, o bien cuando se indica que el integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y ejecución del programa.

## Declaración de no discriminación.

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores en materia de derechos civiles.

La información sobre programas puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con USDA's TARGET llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY) o bien ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en programas, el reclamante debe completar el formulario AD-3027 ("Formulario de presentación de quejas por discriminación en programas del USDA"), que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del reclamante con suficiente detalle con el fin de informar al secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta contravención en materia de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA así:

- (1) Correspondencia: U.S. Department of Agriculture (2) fax: (833) 256-1665 o (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.