

## Formulario de elegibilidad de los ingresos para los centros de cuidado diurno de adultos

Consulte las instrucciones en el reverso.

Nombre del centro \_\_\_\_\_

Nombre del adulto que recibe atención \_\_\_\_\_

**PARTE 1** Complete esta parte si alguien de su grupo familiar está recibiendo beneficios del SNAP, TANF, FDPIR o si usted está recibiendo SSI o beneficios de Medicaid. Luego pase a la PARTE 3.

Número de caso de SNAP \_\_\_\_\_

Número de TANF \_\_\_\_\_

Número de FDPIR \_\_\_\_\_

Número de caso de SSI \_\_\_\_\_

Número de caso de Medicaid \_\_\_\_\_

**PARTE 2a** Complete esta parte solo si no completó la PARTE 1. Inclúyase usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que viven en su grupo familiar. Luego indique todos los ingresos que recibió su grupo familiar el mes pasado.

| NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR | Ingresos brutos (Antes de las deducciones) |               | Asistencia social, manutención de menores y pensión alimentaria mensual | Ingresos mensuales de pensiones, jubilación, Social Security | Cualquier otro ingreso mensual |
|---|--|---------------|---|--|--------------------------------|
|   | TRABAJO N.º 1                              | TRABAJO N.º 2 |   |  |                                |
| 1. _____                                  | \$ _____                                   | \$ _____      | \$ _____  | \$ _____   | \$ _____                       |
| 2. _____                                  | \$ _____                                   | \$ _____      | \$ _____  | \$ _____   | \$ _____                       |
| 3. _____                                  | \$ _____                                   | \$ _____      | \$ _____  | \$ _____   | \$ _____                       |
| 4. _____                                  | \$ _____                                   | \$ _____      | \$ _____  | \$ _____   | \$ _____                       |
| 5. _____                                  | \$ _____                                   | \$ _____      | \$ _____  | \$ _____   | \$ _____                       |

**PARTE 2b** Si se completa la PARTE 2a, este formulario debe incluir el nombre y los últimos cuatro dígitos del número de Social Security del adulto que firma la PARTE 3. Si el adulto no tiene un número de Social Security, escriba *ninguno* en el espacio dado.

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Social Security 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**PARTE 3** Después de leer la siguiente declaración y la declaración del reverso, firme abajo.

Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta, y que se informaron todos los ingresos. Comprendo que el centro recibirá fondos federales según la información que doy.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

| FOR SPONSOR USE ONLY            |                                    |                       |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| CACFP Agreement # _____         | Total Household Members _____      | Total Income \$ _____ |
| Free _____                      | Reduced _____                      | Paid _____            |
| Signature of Center Staff _____ | Date Determined ____ / ____ / ____ |                       |

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Richard B. Russell National School Lunch Act (Ley Nacional de Almuerzo Escolar de Richard B. Russell) requiere la información de este formulario. No se exige que dé la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para las comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Social Security del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. No se requiere el número de Social Security cuando incluye un número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria); Temporary Assistance for Needy Families, TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas); Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas); Supplemental Security Income, SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) o Medicaid del participante o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de Social Security. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para el reembolso de comidas gratis o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del programa.

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DOH-3834**

#### **Definición de ingresos**

*Ingresos* se refiere al ingreso antes de las deducciones de los impuestos sobre la renta, los impuestos del Social Security, las primas del seguro, las contribuciones de caridad, los bonos, etc. Incluye: (1) la compensación monetaria por los servicios, incluyendo los sueldos, el salario, las comisiones o los cargos; (2) el ingreso neto de un trabajador por cuenta propia no agrícola; (3) el ingreso neto de un trabajador por cuenta propia agrícola; (4) los pagos del Social Security; (5) los dividendos o intereses en los ahorros o bonos, ingresos de herencias o fideicomisos, o el ingreso neto de alquileres; (6) la compensación por desempleo; (7) la jubilación militar o como empleado civil del gobierno, o pensiones o pagos de veteranos; (8) las pensiones privadas o anualidades; (9) los pagos de pensión alimentaria o manutención de menores; (10) las contribuciones habituales de personas que no viven con el grupo familiar; (11) las regalías netas; (12) los beneficios para militares que se reciben en efectivo, como el dinero para vivienda, salvo si está en la Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa para la Privatización de Viviendas Militares); y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

#### **Definición de grupo familiar**

Grupo familiar se refiere a *familia*, como se define en la sección 226.2. *Familia* se define como el participante adulto, el cónyuge y los dependientes del participante adulto, si residen con el participante adulto.

#### **Instrucciones para los solicitantes:**

Escriba el nombre del centro en el espacio dado.

Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que va a este centro.

**PARTE 1:** Si alguien de su grupo familiar recibe SNAP, TANF, participa en el FDPIR o usted recibe SSI o Medicaid, complete la PARTE 1. Escriba el número de caso de SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. Luego complete la PARTE 3 y devuélvale el formulario al centro.

**PARTE 2a:** Complete esta sección si no completó la PARTE 1. Inclúyase usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que viven en su grupo familiar. Luego indique todos los ingresos que recibió su grupo familiar el mes pasado.

Escriba la cantidad de ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de que se dedujeran los impuestos o algo más. Consulte la definición de *ingresos* y la definición de *grupo familiar* de arriba. Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona.

**PARTE 2b:** Si completó la PARTE 2a, se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Social Security del adulto que firma la certificación. Si no tiene un número de Social Security, escriba *ninguno*.

**PARTE 3:** Firme y feche el formulario y devuélvalo al centro.

#### **Instrucciones para los centros y los patrocinadores:**

**El personal del centro o del patrocinador debe completar, firmar y fechar la sección *For Sponsor Use Only*.** El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de los ingresos y garantizar que esté completo como se indica en las instrucciones de arriba. Después, indique:

**El número de acuerdo del Child and Adult Care Food Program, CACFP (Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos) del patrocinador.**

**Cantidad total de miembros del grupo familiar:** No es necesario completar este punto si el participante completó la PARTE 1.

**Ingreso total:** No es necesario completar este punto si el participante completó la PARTE 1. Indique el ingreso mensual total como se calculó de la PARTE 2a. Si el participante decide no revelar el ingreso, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

**Gratis, Reducido o Pagado:** Compare el ingreso total del grupo familiar y la cantidad total de miembros del grupo familiar con las Directrices de elegibilidad de ingresos (CACFP-3687) del año actual para determinar si el grupo familiar se debe clasificar como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna adecuada de las CACFP-3687 para clasificar su ingreso. Por ejemplo, si el participante indicó un ingreso quincenal, multiplique esta cantidad por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (que no tengan firmas, información de los ingresos, números de casos de SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid) se clasifican en la categoría *pagado*.

El representante del patrocinador/centro que determina la elegibilidad debe firmar y fechar el formulario.

**El formulario de elegibilidad de los ingresos es válido hasta el último día del mes durante un año calendario a partir de la fecha en la que se firma.** Por ejemplo, un formulario que se firmó el 12 de mayo de 2019 es válido hasta el 31 de mayo de 2020.