

Estimado(a) proveedor(a) de guardería infantil:

Cuando se inscribe en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) será reembolsado por las comidas sanas que les sirve a los niños en su guardería. El CACFP reembolsa los costos de las comidas y los refrigerios a dos tasas diferentes. Su patrocinador trabajará con usted para determinar si usted recibirá un reembolso de Nivel I o de Nivel II.

¿Cómo sabe mi patrocinador si mi hogar es de Nivel I? Hay varias maneras en las que su patrocinador puede determinar si su guardería puede recibir el reembolso a la tasa más alta. Su patrocinador también le informará si usted debe llenar este formulario para poder recibir el reembolso a esta tasa. La información en la solicitud es confidencial y no se compartirá con terceros.

1. El patrocinador determinará si su guardería está en una zona escolar que le da derecho a recibir reembolsos de Nivel I. No tendrá que llenar este formulario.
2. El patrocinador puede usar datos del censo que muestran que usted tiene derecho a recibir un reembolso de Nivel I. No tendrá que llenar este formulario.
3. Si cualquier persona en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, podrá recibir un reembolso de Nivel I. Usted debe llenar la Parte A de este formulario con el número de identificación o del caso, firmar y fechar el formulario. Usted debe llenar este formulario todos los años.
4. Es posible que califique para las pautas de ingresos para la tasa de Nivel I. Usted debe llenar las Partes A, B y C de este formulario. En cuanto lo llene, firme y feche el formulario. Para determinar si reúne los requisitos para la tasa de Nivel I, deberá llenar este formulario todos los años.

¿Qué pasa si mi guardería no es de Nivel I? Usted recibirá un reembolso más bajo de Nivel II por el costo de los alimentos que les sirve a los niños en su guardería. Su patrocinador también conversará con usted para averiguar si puede recibir un reembolso de Nivel I para algunos de los niños bajo su cuidado.

¿Cómo puedo calificar para reclamar alimentos para mi propio hijo(a) o hijo(a) de crianza que vive conmigo? Si su guardería calificó para el Nivel I, su patrocinador le explicará que el CACFP quizás pueda reembolsar los costos de algunos de los alimentos que sus propios hijos comen en su casa. Para averiguar si es posible, debe llenar el Formulario de Elegibilidad por Nivel de Ingresos y entregárselo a su patrocinador. Si su patrocinador determina que reúne los requisitos, podrá reclamar a sus hijos o hijos de crianza que viven con usted si son menores de 13 años, están inscritos en el programa de alimentos, y los niños no residentes bajo su cuidado están comiendo a la misma vez. Usted debe llenar este formulario todos los años para determinar si puede reclamar a sus propios hijos para un reembolso de comidas o refrigerios.

Los niños de crianza reúnen los requisitos automáticamente para las tasas de Nivel I sin importar los ingresos del hogar en que viven. Consulte con su patrocinador acerca de cómo llenar el formulario para los hijos de crianza.

Atentamente,

Representante del CACFP

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS PARA EL NIVEL I
(En vigencia desde el 1 de julio de 2018 hasta el 30 de junio de 2019)

TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESOS FAMILIARES (TODAS LAS FUENTES)		
	UNA VEZ AL AÑO	UNA VEZ POR MES	UNA VEZ POR SEMANA
1	22,459	1,872	432
2	30,451	2,538	586
3	38,443	3,204	740
4	46,435	3,870	893
5	54,427	4,536	1,047
6	62,419	5,202	1,201
7	70,411	5,868	1,355
8	78,403	6,534	1,508
PARA CADA MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA	+7,992	+666	+154

FUENTES DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Ingresos por empleo

Sueldos, salarios, propinas
Ayuda para la hipoteca durante huelgas
Compensación por desempleo
Compensación por accidente laboral
Ingresos netos de un negocio de su propiedad, granja o guardería.

Asistencia social/Manutención de hijos/Pensión alimenticia

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión alimenticia, pagos de manutención de hijos

Pensiones/Jubilación/Seguro Social

Pensiones (gubernamentales o privadas)
Ingresos adicionales por seguro
Ingresos por jubilación
Pagos a veteranos
Seguro Social

Programas que reúnen los requisitos por categoría

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)
Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias (FDPIR)
Designado por el Tribunal niños de crianza

Otros Ingresos

Beneficios por discapacidad
Efectivo retirado de cuentas de ahorro, intereses o dividendos
Ingresos por propiedades, fondos de inversiones, inversiones
Contribuciones habituales de personas que no residen en el hogar
Derechos de autor netos, rentas vitalicias
Ingresos netos de propiedades en alquiler
Otros ingresos

Instrucciones para los proveedores que llenan la Solicitud de Elegibilidad por Nivel de Ingresos: Incluya todos los ingresos del hogar, no sólo los ingresos de su negocio de guardería. La definición de hogar es la siguiente: *familia* u *hogar* quiere decir un grupo de personas con o sin parentesco que no son residentes de una institución o pensión, pero que conviven como unidad económica. Los miembros del hogar que pierden el empleo pueden calificar para tasas de reembolso de Nivel I si a causa de la pérdida de empleo los ingresos familiares caen dentro de los estándares de elegibilidad durante el período de desempleo.

Verificación de ingresos: Se verificarán los ingresos de los proveedores que reúnan los requisitos para el Nivel I en base a los ingresos del hogar. Si el año pasado administró una guardería, adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente que incluya el Anexo C. Otros documentos relacionados con sus ingresos que usted puede presentar son los comprobantes de trabajo asalariado o extractos de cuentas de otras fuentes de ingresos de todos los miembros del hogar.

PARTE A: Se exige que el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos solicite la información que se incluye en este formulario. Esta información será usada únicamente por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos y se considera confidencial. Esta información no está relacionada con las cuotas que le pudieran cobrar el patrocinador, el proveedor o la institución.

Nombre del propietario/administrador de la guardería _____

Proveedor en el lugar _____
(si es diferente)

Nombre del niño de crianza _____

Dirección de su domicilio _____ No. del apto. _____

Dirección en donde _____ No. de apto. _____
desea recibir la correspondencia (si es diferente)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Número de teléfono alternativo _____

Hogar: grupo de personas que viven juntas y comparten los ingresos y los gastos.

ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR *EMPIECE POR USTED	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON USTED	INSCRITO EN GUARDERÍA (SÍ/NO)
1.*		USTED	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Los hogares en los que un miembro reciba beneficios de SNAP, TANF o FDPIR obtienen elegibilidad de Nivel I para el proveedor. Indique el número del caso y la documentación, si su patrocinador se lo solicita. Si ninguna persona en su hogar participa en uno de estos programas, continúe con la Parte B.

No. del caso SNAP _____ No. del FDPIR _____

No. de TANF _____ Niño de crianza colocado por decisión de un tribunal

PARTE B: Ingreso del hogar – Enumere el ingreso/salario de todas las personas en su hogar.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR	SALARIO BRUTO		
	UNA VEZ POR SEMANA	UNA VEZ AL MES	UNA VEZ AL AÑO
1.			
2.			
3.			
<input type="checkbox"/> Desempleo/Discapacidad – Traiga el comprobante o la carta de discapacidad.			
<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia (Neto) – Traiga los documentos del impuesto sobre la renta.			
<input type="checkbox"/> Otro – Traiga los documentos necesarios para comprobar si se han recibido o retirado intereses, dividendos, ingresos por propiedades en alquiler, ingresos de propiedades o fondos de inversiones, Seguro Social, monto de asistencia pública (SSI), pensión alimenticia, pagos de manutención de los hijos, pensiones o fondos de cualquier otra fuente.			
TOTAL	\$	\$	\$

PARTE C: Certificación del proveedor – LEA LA DECLARACIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN ANTES DE FIRMAR.

Certifico que la información de este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que esta información se suministra con el fin de recibir fondos federales y que los funcionarios tienen derecho a verificar la información que aparece en la solicitud. Entiendo que en la eventualidad de brindar información incorrecta a propósito, podré estar sujeto a enjuiciamiento de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes.

Sección 9 de la ley nacional de almuerzo escolar requiere que si no se proporciona un número de caso SNAP, TANF o FDPIR, usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social más abajo. Dar el número de Seguridad Social de el adulto miembro del hogar firmando esta declaración, o indicar que los miembros adultos del hogar no tienen número de Seguro Social. Esta declaración no puede ser aprobada sin esta información. Este formulario debe notificarse a la atención de la miembro de la familia cuyo número de Seguridad Social es revelada. Verificación de la información en este formulario puede realizarse a través de programa comentarios, auditorías, investigaciones, ponerse en contacto con los empleadores para determinar ingresos, o las oficinas SNAP o bienestar para determinar la certificación actual para la recepción de beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, contacto con la oficina de seguridad de empleo estatal para determinar la cuantía de las prestaciones recibidas y revisar la documentación producida por el miembro de su hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamo administrativo o acciones legales si se divulga información incorrecta.

NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE IMPRENTA _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR

X	X	X	—	X	X	—				
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

FIRMA DEL PROVEEDOR _____

FECHA EN QUE FIRMÓ EL PROVEEDOR _____

FOR SPONSOR USE ONLY	
CACFP Agreement # _____	Provider # _____
Total Number of Household Members: _____	Total Household Income: \$ _____
_____ Provider is Tier I eligible by (circle): Income Area School Census	
_____ Provider is Tier I by Income and Can Claim Own Children. # of Eligible Children _____	
_____ Provider is Tier II Eligible Only and Cannot Claim Own Children	
_____ Total Number of Foster Children	
Signature of Sponsor's Determining Official _____	Date of Determination _____