

Estimado padre o tutor,

La guardería de su hijo(a) participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés). El programa CACFP le otorga a su proveedor de cuidado infantil un reembolso por alimentos a cambio de servir comidas sanas a los niños en su guardería. El reembolso por alimentos del CACFP se paga en dos niveles diferentes (Nivel I y Nivel II). Esta solicitud nos permitirá determinar si su guardería puede calificar para la tasa más alta (Nivel I) o la tasa más baja (Nivel II) para las comidas de su hijo(a). Si usted decide no llenar este formulario, su proveedor de cuidado infantil recibirá la tasa más baja.

Si usted cree que su hogar califica para las tasas de Nivel I, considere llenar este formulario. La información que suministre en esta solicitud es confidencial y se usa solamente para determinar la tasa de reembolso para alimentos que su proveedor recibe para las comidas que se sirve a su hijo(a).

**¿Cómo se determina si las comidas de su hijo(a) se pueden reembolsar a una tasa de Nivel I?** Hay dos maneras que usamos para determinar si su guardería puede recibir un reembolso a la tasa más alta:

1. Si usted o cualquier miembro de su hogar participa en cualquier de los programas enumerados en la Parte A de la página 3, el CACFP automáticamente pagará las tasas de Nivel I a su proveedor de cuidado infantil. Usted debe llenar las Partes A y C de este formulario. Incluya su número de identificación o del caso, firme y feche el formulario. Se le pedirá que llene este formulario todos los años.
2. Es posible que su hogar califique para recibir las tasas de Nivel I (vea el gráfico que aparece en la página 2 de esta carta). La definición de hogar es un grupo de personas con y sin parentesco que conviven como unidad económica. En la eventualidad de que un miembro del hogar perdiera el empleo, la pérdida de ingresos familiares podría significar que su hogar entre en la categoría de elegibilidad. Debe llenar las Partes A, B y C y firmar y fechar el formulario. Se le pedirá que llene este formulario todos los años.
3. Un niño de crianza colocado en su hogar por decisión de un tribunal automáticamente recibirá la tasa de Nivel I. El resto de los niños en su hogar recibirá la tasa de Nivel II, a menos que se determine su elegibilidad usando los puntos 1 o 2 anteriores.

Si tiene preguntas, comuníquese con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Representante del CACFP

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos no discriminará contra nadie debido a su raza, color, lugar de nacimiento, sexo, edad o discapacidad. Si usted piensa que ha sido víctima de discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Los individuos con discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador equitativo.

**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS PARA EL NIVEL I**  
(En vigencia desde el 1 de julio de 2011 hasta el 20 de junio de 2012)

Tamaño del hogar	Ingresos familiares (Todas las fuentes)		
	Una vez al año	Una vez por mes	Una vez por semana
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
Para cada miembro adicional de la familia	+7,067	+589	+136

**FUENTES DE INGRESOS**

**Ingresos por empleo**

Sueldos, salarios, propinas  
Ayuda para la hipoteca durante huelgas  
Compensación por desempleo  
Compensación por accidente laboral  
Ingresos netos por negocio propio o granja

**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

**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

**LISTA DE PROGRAMAS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS POR CATEGORÍA<sup>1</sup>**

**Programas federales de asistencia**

Programa SNAP/Cupones para alimentos  
Programa de Nutrición Suplementaria de WIC  
Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)  
Head Start  
Programa Nacional de Almuerzo Escolar – Comidas gratuitas/de costo reducido  
Programa Alimenticio de Complemento (CSFP, por sus siglas en inglés)  
Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias (FDPIR)  
Medicaid

**Programas estatales de asistencia**

Programa de Asistencia para el Cuidado de los Niños  
Programa de Asistencia para Cuidados Prenatales  
Programa de Subsidio para Guarderías del Estado de Nueva York  
Begin (sólo en la ciudad de Nueva York)  
Programa de Subsidio para Servicios Sociales  
Niños de crianza colocados por decisión de un tribunal

Regrese a:

\_\_\_\_\_ Ponga aquí sus iniciales si acepta que su proveedor recoja su formulario y lo transmita al patrocinador. Su proveedor no revisará el formulario.

**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.

<p><b>Nombre del niño en la guardería</b> _____</p> <p><b>Nombre del padre/tutor</b> _____</p> <p>Dirección de su domicilio _____ No. del apto. _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p> <p>Número de teléfono _____</p>	<p><b>Nombre de la guardería o Propietario/administrador</b> _____</p> <p><b>Proveedor en el lugar</b> (si es diferente) _____</p> <p>Dirección en donde _____ No. de apto. _____ desea recibir la correspondencia (si es diferente)</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p> <p>Número de teléfono alternativo _____</p>
--	---

**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 comidas gratis/a costo reducido, SNAP/Cupones para alimentos, TANF o FDPIR obtienen elegibilidad de Nivel I para todos los niños de ese hogar.

<input type="checkbox"/> Almuerzo escolar gratis/a costo reducido	<input type="checkbox"/> No. de TANF _____
<input type="checkbox"/> No. del caso SNAP/Cupones para alimentos _____	<input type="checkbox"/> No. de FDPIR _____

Los niños inscritos en estos programas reúnen los requisitos por categoría para el Nivel I:

<input type="checkbox"/> Head Start o Early Head Start	<input type="checkbox"/> No. de ID de Medicaid _____
<input type="checkbox"/> Niños de crianza colocados por decisión de un tribunal	

**PARTE B:** Ingresos del hogar – Enumere el ingreso/salario de todos los miembros de su hogar y con cuánta frecuencia lo reciben.

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			
<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia (Neto)			
<input type="checkbox"/> Otro – Otro incluye pensiones, jubilación, Seguro Social, pagos de asistencia social, pagos de manutención de los hijos y otras fuentes de ingresos. Especificar _____			
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

<b>FOR SPONSOR USE ONLY</b>	
Sponsor Agreement # _____	
Total Number of Household Members _____	Total Household Income \$ _____
Total Number of Foster Children _____	
Number of Tier I Eligible Children _____	
Number of Tier II Eligible Children _____	
Reason _____	
Signature of Sponsor's Determining Official _____ Date of Determination _____	

**PARTE C: Certificación del padre/tutor – 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.

La Sección 9 de la Ley Nacional del Almuerzo Escolar estipula que en caso de no indicar el número del caso de SNAP/Cupones para alimentos, TANF o FDPIR, debe incluir a continuación los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social. Incluya el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta declaración, o indique que los miembros adultos del hogar no tienen número de Seguro Social. Esta declaración no se puede aprobar sin esta información. Se puede verificar la exactitud de la información suministrada en este formulario mediante la revisión de programas, auditorías, investigaciones, contacto con los empleadores para determinar los ingresos, o con las oficinas de SNAP/Cupones para alimentos, o de asistencia social para determinar la certificación actual de elegibilidad para beneficios SNAP/Cupones para alimentos, TANF o FDPIR, contacto con la Oficina Estatal de Seguro por Desempleo para determinar el monto de beneficios recibidos y verificar la documentación presentada por el miembro del hogar como evidencia de la cantidad de ingresos recibidos. Estas labores pueden ocasionar una pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos o procesos judiciales en caso de haber presentado información incorrecta.

Nombre del adulto en letra de imprenta  
\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del principal trabajador asalariado  

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

Firma del adulto  
\_\_\_\_\_

Fecha en que firmó el padre(madre) \_\_\_\_\_