

Estimado padre, madre o tutor:

Su hijo o hija está inscrito en un hogar de cuidado diario en el cual el proveedor participa en el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE.UU. La participación en el CACFP le permite a su proveedor recibir reembolso por comidas y meriendas nutritivas servidas a su hijo o hija.

Hay dos niveles de reembolso (llamados Nivel 1 y Nivel 2) para las comidas servidas a los niños mientras están bajo el cuidado de un proveedor de hogar de cuidado diario. Su proveedor será reembolsado a una tarifa más baja (Nivel 2) para su hijo o hija, a menos que usted complete la solicitud de elegibilidad de los ingresos adjunta y dicha solicitud muestre que los ingresos de su familia califican para la tarifa de reembolso más alta (Nivel 1). Se adjunta una solicitud de elegibilidad de los ingresos.

La información que se pide en la solicitud determina cuánto reembolso recibirá su proveedor del CACFP por las comidas servidas a su hijo o hija. Si usted cree que su familia califica para las tarifas del Nivel 1 (consulte el cuadro que está en la parte de atrás de esta carta), le instamos a que complete la solicitud para que su proveedor pueda recibir las tarifas de reembolso más altas para las comidas servidas.

Si decide completar la solicitud, sírvase enviarla a nuestra organización en el sobre provisto. Por favor, no envíe el formulario a su proveedor. Toda la información dada en la solicitud se tratará de manera confidencial y no se compartirá con su proveedor. Dicha información se utilizará solamente con el fin de determinar la tarifa de reembolso que su proveedor recibirá por las comidas servidas a su hijo o hija.

La definición de familia es la siguiente: *familia* significa un grupo de personas emparentadas o no emparentadas que no son residentes de una institución o casa de huéspedes, sino que viven como una unidad económica. Los miembros de la familia que se queden sin empleo podrán ser elegibles para las tarifas de reembolso del Nivel 1 durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingresos haga que los ingresos de la familia durante el período de desempleo estén dentro de los criterios de elegibilidad. Si el tamaño de su familia cambia, o si los ingresos de su familia aumentan o disminuyen en más de 50.00 dólares al mes ó 600.00 dólares al año, usted debe informarnos de ello.

El CACFP también provee elegibilidad automática para recibir reembolso del Nivel 1 y procedimientos simplificados de verificación para las familias que estén recibiendo cupones de alimentos o beneficios del programa WIC, o de *unidades de asistencia* que estén recibiendo beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) si se proporciona la identificación adecuada o el número de caso apropiado. Si su familia ya no participa en los programas de Cupones de Alimentos o TANF, usted debe notificar inmediatamente al Representante del Patrocinador. Sírvase consultar la lista adjunta de otros programas que hacen que su hijo o hija sea elegible para las tarifas del Nivel 1.

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de los EE.UU., está prohibido que esta institución discrimine por motivos de color, raza, sexo, edad, discapacidad o origen nacional. (No todos los motivos prohibidos tienen aplicación a todos los programas.) Para presentar una queja de discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Si tiene preguntas, sírvase comunicarse con _____ llamando al _____
Gracias por su colaboración.

Atentamente,

Representante del CACFP

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS INGRESOS PARA EL NIVEL 1

(EFECTIVOS DEL 1 de julio de 2006 AL 30 de junio de 2007)

Tamaño de la familia	Ingresos de la familia (todas las fuentes)		
	Anuales	Mensuales	Semanales
1	18,130	1,511	349
2	24,420	2,035	470
3	30,710	2,560	591
4	37,000	3,084	712
5	43,290	3,608	833
6	49,580	4,132	954
7	55,870	4,656	1,075
8	62,160	5,180	1,196
Por cada miembro adicional de la familia	+6,290	+525	+121

FUENTES DE INGRESOS

Ganancias del trabajo

Sueldos, salarios, propinas
Beneficios de huelga
Compensación por desempleo
Compensación por accidentes y enfermedades de trabajo
Ingresos netos de un negocio propio o granja propia

Asistencia Social/Pensión para el sustento de hijos/Pensión alimenticia

Pagos de Asistencia Pública
Pagos de Asistencia Social
Pagos de pensión alimenticia y de pensión para el sustento de hijos

Pensiones/Jubilación/Seguro Social

Pensiones (gubernamentales o privadas)
Ingresos del Seguro Suplementario
Ingresos de jubilación
Pagos de veteranos
Seguro Social

Otros ingresos

Beneficios de discapacidad
Dinero retirado de ahorros, intereses o dividendos
Ingresos de patrimonios, fideicomisos, inversiones
Contribuciones periódicas de personas que no viven con la familia
Regalías netas, anualidades
Ingresos netos por alquiler
Cualquier otro ingreso

LISTA DE LOS PROGRAMAS ELEGIBLES CATEGÓRICAMENTE¹

Programas de Asistencia Federal

Programa de Cupones de Alimentos
Programa de Alimentos Suplementarios WIC
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
Head Start (sólo lugares con financiación federal)
Almuerzo Nacional Escolar: Comidas Gratis o a Precio Reducido
Programa de Alimentos Suplementarios de Alimentos Básicos (CSFP)
Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR)
Medicaid

Programas de Asistencia Estatal

Programa de Asistencia Infantil
Programa de Asistencia para Cuidados Prenatales
Subvención de Bloque de Cuidados Infantiles del NYS
Begin (NYC solamente)
Subvención de Bloque de Servicios Sociales

¹Esta lista se aplica a las familias de los niños que participen en un hogar de cuidado diario de Nivel 2 solamente. La lista de Programas de Asistencia Estatal será actualizada según sea necesario.

Envíe este formulario a:

La información solicitada en este formulario es requerida por el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos. Dicha información no está relacionada con ningún cargo que el patrocinador, proveedor o institución le pueda cobrar a usted. La información financiera es para uso exclusivo del Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos y se considera confidencial.

PARTE A

Nombre del proveedor de hogar de cuidado diario _____

Nombre del niño bajo cuidado _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

No. de tel. _____ 2º No. de tel. _____

Dirección (calle) _____ Apt.# _____

Dirección postal (si es distinta) _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

¿Es este niño un hijo de crianza? Si lo es, indique los ingresos del niño aquí _____, y luego vaya a la Parte C.

Dé los nombres de los miembros de su familia, incluyéndose a usted primero

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

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON USTED
1) _____		USTED MISMO
2) _____		
3) _____		
4) _____		
5) _____		
6) _____		
7) _____		

Alguien de su familia participa en

Cupones de Alimentos No. de ID _____

Medicaid No. de ID _____

Asistencia Pública /TANF No. de ID _____

Almuerzo escolar gratis/precio reducido

Head Start (sólo elegible por ingresos)

La participación en uno de estos programas puede satisfacer los requisitos del CACFP. Si usted participa en uno de estos programas, sírvase marcar la casilla apropiada, proporcione su número de identificación y firme en la parte de atrás. Si nadie de su familia participa en alguno de estos programas, siga en la Parte B de la página de atrás.

PARTE B – Ingresos de la familia. Incluya a todos los miembros de su familia y sus ingresos

Y **Sueldo/Salario (bruto):** Indíquelo a continuación

	Nombre del miembro de la familia	Salario bruto (mensual)
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____

Y **Desempleo/Discapacidad** _____

Y **Empleo por cuenta propia (reporte los ingresos netos)** _____

Y **Otro – especifique** _____

Otro incluye pensiones, jubilación, seguro social, pagos de asistencia social, pensión para el sustento de hijos y todas las demás fuentes de ingresos

SÓLO PARA USO POR EL PATROCINADOR

No. de acuerdo de patrocinador _____

Total de miembros de la familia _____

Total de ingresos de la familia _____

Número de hijos elegibles _____

Nivel 1 _____ Nivel 2 _____

Verificación o motivo _____

Firma del funcionario del patrocinador que hace la determinación _____

Fecha de la determinación ____ / ____ / ____

PARTE C – Certificación del padre, madre o tutor

Después de leer las declaraciones siguientes, firme este formulario en la parte de abajo

Certifico que la información que antecede es verdadera y correcta y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para recibir fondos federales, que funcionarios podrán verificar la información dada en la solicitud y que dar deliberadamente información falsa puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales pertinentes.

La Sección 9 de la Ley sobre Almuerzo Nacional Escolar requiere que, a menos que se dé el número de caso del programa de cupones de alimentos, FDPRI o TANF de su hijo o hija, o a menos que se proporcione una declaración de elegibilidad de los ingresos o una verificación de elegibilidad de los ingresos para Head Start de su hijo o hija, usted debe incluir un número de seguro social en la declaración. Este número puede ser el número de seguro social del padre, madre o tutor que es el asalariado principal o el número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la declaración, o una indicación de que ninguno de dichos miembros de la familia posee un número de seguro social. La declaración no puede ser aprobada sin un número de seguro social o sin una indicación de que ni el asalariado principal ni el miembro adulto de la familia que firma la declaración tiene un número de seguro social. Este aviso debe ponerse en conocimiento del miembro de la familia cuyo número de seguro social se dé. El número de seguro social podrá utilizarse para identificar al miembro de la familia con el fin de realizar esfuerzos para verificar la exactitud de la información dada en la declaración. Estos esfuerzos de verificación podrán realizarse a través de revisiones de programa, auditorías e investigaciones, y podrán incluir ponerse en contacto con empleadores para determinar los ingresos, ponerse en contacto con una oficina de cupones de alimentos o de asistencia social con el fin de determinar la certificación actual para recibir beneficios de cupones de alimentos o de TANF, ponerse en contacto con la oficina de seguridad de empleo estatal para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobar la documentación presentada por el miembro de la familia para demostrar la cantidad de ingresos recibida. Estos esfuerzos podrán dar como resultado una pérdida o reducción de beneficios, una reclamación administrativa o acciones legales si se reporta información incorrecta.

Nombre del adulto en letras de molde _____

Número de Seguro Social del asalariado principal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del adulto _____

Fecha de la firma _____