

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Instrucciones: Consulte las [Instrucciones para la solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start](#).

Parte 1: Información del niño

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Días normales de cuidado del niño (Marque todos los días aplicables):

☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ viernes ☐ sábado ☐ domingo

Horario normal de cuidado del niño (Escriba la hora y circule AM o PM):

_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM

Servicios normales de comidas provistas al niño (Marque todas las comidas/meriendas aplicables):

☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena

Parte 2A: Participantes categóricamente elegibles para recibir comidas gratis de los beneficios del CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No** complete la parte 2B.

Número de caso del SNAP: _____ Número de caso del TFA: _____ Marque si hay hijos de crianza: ☐

Parte 2B: Todos los demás grupos familiares Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

- Nombre de todos los miembros del grupo familiar:** Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.
- Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe:** Indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto de los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada. Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.

Nombres	Ganancias del trabajo (antes de deducciones): empleo 1				Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimentaria				Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos			
	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensual mente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Parte 3: Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar y fechar este formulario antes de que se apruebe.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Nombre del adulto en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) XXX-XX-____ ☐ No tengo un SSN

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte 4: Identidad racial y étnica (opcional) *No tiene obligación de completar esta parte.*

Etnia (marque una opción):

- ☐ Hispana/latina
☐ No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más):

- ☐ Asiático/a
☐ Caucásico/a
☐ Afroamericano/a

- ☐ Indio/a estadounidense o nativo/a de Alaska
☐ Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPRI - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPRI de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del [CACFP](#) del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el [personal del CACFP](#) en Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/cacfp/forms/incelig/income_eligibility_application_cacfp_centers_spanish.pdf.

Solo para uso del patrocinador – No escriba después de esta línea

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso familiar total: \$ _____ Numero de familia: _____ ☐ ☐ Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

☐ Elegible para recibir comidas gratis ☐ Elegible para recibir comidas a precio reducid ☐ O Excede los ingresos

Firma oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____