

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

### Solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos

Para ver las instrucciones, consulte las [Instrucciones para completar la solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos](#).

#### Parte 1: Información del participante

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (día, mes, año): \_\_\_\_\_

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

Los grupos familiares que reciben ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (antes conocido como “cupones para alimentos”), la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Medicaid *deben completar esta parte y la parte 3. No complete la parte 2B.*

Número de caso del SNAP: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la SSI: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

#### 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 <i>Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.</i>	<b>Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe:</b> indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el <b>monto de los ingresos</b> en la casilla de frecuencia apropiada. <i>Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.</i>											
	<b>Ganancias del trabajo (antes de deducciones): empleo 1</b>				<b>Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimentaria</b>				<b>Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos</b>			
Nombres	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensual mente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensual mente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensual mente
(Ejemplo) Jane Smith	\$200					\$134						
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.*

Certifico (prometo) que toda la información presentada en este formulario es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que brindo. Entiendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que, si brindo información falsa intencionalmente, el participante puede perder los beneficios de comidas y se me puede procesar en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

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

Número de teléfono particular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

# Solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos

## 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 (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR 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](mailto: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\\_Adults\\_Spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/Income_Eligibility_Application_CACFP_Adults_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: \$ \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_   Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

Elegible para recibir comidas gratis  Elegible para recibir comidas a precio reducido  Excede los ingresos

Funcionario de elegibilidad del patrocinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Firma*