

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

### Solicitud de elegibilidad por ingreso para niños propios de proveedores de cuidados diurnos en hogar familiar

Consulte las instrucciones en [Instrucciones para la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso para Niños Propios de Proveedores de Cuidados Diurnos en Hogar Familiar](#).

#### Parte 1 — Información del niño

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*mes, día, año*): \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**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  Merienda noche

#### Parte 2A — Participantes categóricamente elegibles como nivel i para beneficios 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.*

Nº de caso SNAP: \_\_\_\_\_ Nº de caso TFA: \_\_\_\_\_ Marque si hay hijos de crianza

#### Parte 2B — Todas las demás familias

*Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.*

<b>Nombres de todos los miembros de la familia</b> <i>Anote cada persona en el hogar, incluyendo proveedor a mostrado/a en la parte 1 arriba.</i>	<b>Ingreso bruto y frecuencia de cobro:</b> Indique si el ingreso se recibe mensualmente, dos veces por mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el <b>monto del ingreso</b> en el casillero de la frecuencia que corresponda. <i>Usted debe colocar el ingreso en el casillero correspondiente a la frecuencia adecuada.</i>											
	Ingresos de su Empleo (antes de las deducciones) – Empleo 1				Asistencia Pública/Pensión Alimenticia/Manutención de Niños				Pensiones/Jubilación/Seguro Social/Otros Ingresos			
Nombres	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juana López	\$200					\$134						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

#### Parte 3 — Información de contacto, firma, y número de seguro social

*Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** este formulario para que pueda ser aprobado.*

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el proveedor 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.

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Nº de Seguro Social (SSN): XXX-XX- \_\_\_\_\_  No tengo un SSN

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

## Solicitud de elegibilidad por ingreso para niños propios de proveedores de cuidados diurnos en hogar familiar

### Parte 4 — Identidad étnica y racial (opcional) *no se le requiere completar esta parte.*

#### Origen Étnico (Marque uno):

- Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino

#### Raza (Marque uno o más):

- Asiático  
 Blanco  
 Negro o Afroamericano

- Indígena Americano o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái u Otras Islas 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\\_Providers\\_Own\\_Children\\_Spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/Income_Eligibility_Application_CACFP_Providers_Own_Children_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 total familiar: \$ \_\_\_\_\_ Numero de familia: \_\_\_\_\_   Hogar SNAP/TFA  Hijo de crianza

Elegible Gratuito  Elegible Reducido  Ingreso Mayor

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

*Firma*