

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

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD PARA EL NIVEL I SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS
(Vigentes del 1º de julio de 2022 al 30 de junio de 2024)

TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESOS FAMILIARES (TODAS LAS FUENTES)		
	UNA VEZ AL AÑO	UNA VEZ POR MES	UNA VEZ POR SEMANA
1	26,973	2,248	519
2	36,482	3,041	702
3	45,991	3,833	885
4	55,500	4,625	1,068
5	65,009	5,418	1,251
6	74,518	6,210	1,434
7	84,027	7,003	1,616
8	93,536	7,795	1,799
PARA CADA MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA	+9,509	+793	+183

FUENTES DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

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

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

Asistencia social/Manutención de hijos/Pensión alimenticia

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión alimenticia, pagos de manutención de hijos

LISTA DE PROGRAMAS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS POR CATEGORÍA¹

Programas federales de asistencia

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
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

¹Este lista se aplica a los hogares de los niños que participan en un nivel II día hogares solamente. La lista de programas estatales de asistencia se actualizará según sea necesario.

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.

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

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, 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 SNAP _____	<input type="checkbox"/> No. de FDPIR _____

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

Head Start o Early Head Start Niños de crianza colocados por decisión de un tribunal No. de ID de Medicaid _____

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 _____			
TOTAL	\$	\$	\$

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.

Sección 9 de la ley nacional de almuerzo escolar requiere que si no se proporciona un número de caso SNAP, TANF o FDPIR, usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social más abajo. Dar el número de Seguridad Social de los padres/tutores que es el principal asalariado o el adulto miembro del hogar firmando esta declaración, o indicar que los miembros adultos del hogar no tienen número de Seguro Social. Esta declaración no puede ser aprobada sin esta información. Este formulario debe notificarse a la atención de la miembro de la familia cuyo número de Seguridad Social es revelada. Verificación de la información en este formulario puede realizarse a través de programa comentarios, auditorías, investigaciones, ponerse en contacto con los empleadores para determinar ingresos, o las oficinas SNAP o bienestar para determinar la certificación actual para la recepción de beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, contacto con la oficina de seguridad de empleo estatal para determinar la cuantía de las prestaciones recibidas y revisar la documentación producida por el miembro de su hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamo administrativo o acciones legales si se divulga 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) _____

FOR SPONSOR USE ONLY

CACFP Agreement # _____ Provider # _____

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 _____