

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta es intencionada para los padres o guardianes de niños inscritos en centros de cuidado de niños familiar. Su proveedora de cuidado de niños ofrece comidas saludables a todos los niños inscritos por su participación en el Programa de Alimentos para Adultos y Niños (CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El CACFP provee reembolsos para comidas y meriendas saludables servidas a niños inscritos en cuidados de niños. Favor de ayudarnos a cumplir con los requisitos al completar el formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso adjunto.

1. ¿Estoy yo requerido(a) completar el formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para que mis niños puedan recibir los beneficios de CACFP? No, pero si lo hace, su proveedor(a) puede recibir reembolsos más altos por los alimentos servidos a su niño(a). Si completa la forma, tiene la opción de devolver la forma directamente a su Proveedor(a) ó al Patrocinador de su Proveedor(a), **Yours for Children, Inc.**. Si desea devolver la aplicación al patrocinador, envíe el formulario completado a: **Yours for Children, Inc. 489 Washington St., Suite 109, Auburn MA, 01501.**

___ Escriba sus iniciales aquí si usted le permite a su proveedor(a) de cuidado de niños a recibir su formulario y proveerlo al patrocinador. Su proveedor(a) de cuidado de niños no revisará su formulario.

2. ¿Necesito completar un formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para cada uno de mis niños(as) en cuidado? Usted puede someter un formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso del CACFP para todos sus niños(as) inscritos en el cuidado de niños de su hogar **solamente** si los niños están inscritos en el mismo cuidado de niños. No podemos aprobar formularios incompletos, este seguro de leer las instrucciones cuidadosamente y completar.

3. ¿Quien cualifica para reembolsos más altos sin proveer información sobre ingresos? Su proveedor(a) recibirá un reembolso más alto para alimentos servidos a niños foster y niños en hogares que reciben beneficios tales como Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Estampillas de Alimentos), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Niños en hogares que participan en el WIC tal vez sean elegibles.

4. ¿Quien cualifica para reembolsos más altos basado en ingreso? Su proveedor(a) puede recibir reembolsos más altos por los alimentos servidos a sus niños si el ingreso de su hogar esta dentro de los límites reducidos de precios de la Tabla Federal de Ingresos incluida en esta aplicación. Niños en hogares participando en el WIC tal vez sean elegibles para reembolsos más altos.

5. ¿Puedo completar este formulario si cualquier persona en mi hogar no es un ciudadano de los E.U.? Si. Usted o sus niños no tienen que ser ciudadanos de los E.U. para cualificar.

6. ¿A quien debo incluir como miembros de mi hogar? Usted debe incluir a todos los que viven en su hogar (tales como abuelos, otros parientes, o amistades que vivan con usted) quienes comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a usted y todos los niños que viven con usted. También puede incluir a los niños foster que vivan con usted.

7. ¿Como reporto información acerca ingresos y cambios en el estatus de empleo? Usted tiene que reportar el ingreso bruto total por origen recibido el mes anterior para cada miembro del hogar. Si el ingreso del mes anterior no refleja precisamente sus circunstancias, usted puede proveer una proyección de su ingreso mensual. Si el total del ingreso del hogar es igual o menos que la cantidad indicada para el tamaño de su hogar en la tabla de ingresos, usted recibirá el nivel de pagos más alto de reembolsos. Después de ser aprobado para beneficios más altos, sea a base de ingreso o numero de caso actual de SNAP, TAFDC o FDPIR, usted continuará de ser elegible para esos beneficios por 12 meses. Usted debe, tal vez, notificarnos si usted o cualquier persona en su hogar es desempleado y la pérdida de ingreso durante el periodo de desempleo resulta que el ingreso de su hogar este entre las normas de elegibilidad.

8. ¿Que sucede si mi ingreso no es siempre el mismo? Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Si usted normalmente recibe \$1000 cada mes, pero perdió horas el mes pasado y solamente recibió \$900, escriba que usted recibe \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe horas extras, inclúyalo, pero no si solamente ocurre a veces.

9. ¿Y si tengo un niño foster? Niños foster que son responsabilidad legal de una agencia o corte automáticamente cualifican para reembolsos más altos. Cualquier niño foster en el hogar cualifica sin importar el ingreso. Hogares pueden incluir los niños foster en la forma de Beneficios de Alimentos, pero no están requeridos incluir el ingreso que recibe el niño. Hogares que deseen aplicar para estos beneficios para niños foster deben comunicarse con la **Directora Ejecutiva, Yours for Children, Inc., 489 Washington St., Suite 109, Auburn 01501, 800.222.2731.**

10. ¿Nosotros estamos en las fuerzas armadas. ¿Es necesario incluir nuestro estipendio autorizado para vivienda como ingreso? Si su vivienda es parte de su Military Housing Privatization Initiative y usted recibe Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya este estipendio como ingreso. En cuanto, miembros del servicio desplegados, solo la porción disponible al hogar será contada como ingreso. Combat Pay, incluso de Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) también es excluido y no puede ser contado como ingreso del hogar. Todos otros estipendios tienen que ser incluidos en su ingreso total bruto.

En la operación del CACFP, ninguna persona será discriminada a base de raza, color, origen de nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Si usted tiene otras preguntas o necesita asistencia, llame a **800.222.2731**

Sinceramente,

Yours for children, Inc.

July 2024

ESE/CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form
Letter to Households (Tier II Day Care Homes)
Page 1 of 1



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO (Cuidado de Niños en el Hogar)

Siga estas instrucciones, si su hogar recibe SNAP, TAFDC o participa en Head Start o es indigente:

Parte 1: Ponga en lista todos los niños residenciales registrados y los miembros del hogar.

Parte 2: Para Cuidado de niños en el hogar, liste los nombres de los participantes y el número de caso del SNAP, TAFDC, o indica participación en Head Start o es indigente. El número que está en la tarjeta de EBT no es el número que necesitamos, pero si esta en la carta que le envían a usted de aprobación de los beneficios.

Parte 3: Continúe a la siguiente parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro números de su de Seguro Social **no es** necesario.

Parte 5: Conteste esta pregunta si usted desea.

Si usted esta aplicando de parte de un NIÑO FOSTER, use un formulario separado para cada niño foster y siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños que usted esta aplicando son niños fosters, o si solo esta aplicando para el niño foster

Parte 1: Ponga en lista todos los fosters. Marque la caja indicando que el niño es un niño foster.

Parte 2: Por favor de contactarnos al 1-800-222-2731

Parte 3: Continúe a la siguiente parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro números de su de Seguro Social **no es** necesario.

Parte 5: Conteste esta pregunta si usted desea.

Si algunos de estos niños en el hogar son niños Foster.

Parte 1: Ponga en lista todos los niños residenciales registrados y los miembros del hogar. Para cualquier persona, incluso de los niños pequeños sin ingreso, marque la caja "No Ingreso". Marque el cuadro si el niño es un niño foster.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso, continúe a la siguiente parte.

Parte 3: Siga esta instrucciones para reportar el ingreso total del hogar para ese mes o mes anterior.

Columna A – Nombre: Solo ponga en lista el primer nombre y apellido de **cada** persona que tiene un ingreso, y que compartan ingresos y gastos, familiares o no (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted). Incluya su nombre y todos los niños que viven con usted. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido: Por cada miembro del hogar, ponga en lista el tipo de ingreso recibido para el mes. Usted tiene que indicar si es recibido – semanal, cada otra semana, quincenal, o mensual.

Cuadro 1: Ponga en lista el **ingreso bruto**, no el ingreso neto. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. La cantidad debe estar en su comprobante o su empleador le puede decir.

Cuadro 2: Ponga en lista la cantidad que cada persona recibió de asistencia social, pensión para niños y pensión alimenticia para el mes.

Cuadro 3: Ponga en lista la cantidad recibida de retiros, Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), beneficios de veteranos (VA), y beneficios por incapacidad.

Cuadro 4: Ponga en lista **TODOS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS** incluso de compensación por trabajador, desempleo, beneficios por huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, y cualquier otro ingreso. **SOLO** para empleados por sí mismo, reporte el ingreso después de gastos en el cuadro 1. En el cuadro 4 es solo para su negocio, finca, o rentas de propiedad. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios federales para educación. Si usted participa en el Military Housing Privatization Initiative o recibe pagos por servicios desplegados, no incluya ingreso de vivienda como ingreso.

Parte 4: Un adulto del hogar tiene que firmar el formulario y poner en lista los cuatro últimos números de su Seguro Social o marque el cuadro si usted no tiene un número.

Parte 5: Conteste la pregunta si usted desea.



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO (Cuidado de Niños en el Hogar)

TODOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, incluyendo participantes de WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Ponga en lista todos los niños y miembros del hogar. Por cualquier persona, incluso de niños sin ingreso, usted tiene que marcar la caja indicando "No Ingreso".

Parte 2: Continúe a la siguiente parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar para este mes o el mes anterior.

Columna A – Nombre: Ponga en lista solo el primer nombre y apellido de **cada** persona que tiene un ingreso, vive en el hogar y comparte los ingresos y gastos, relacionado o no (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted). Incluya su nombre y todos los niños que viven con usted. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido: Por cada miembro del hogar, ponga en lista el tipo de ingreso recibido para el mes. Usted tiene que indicar si es recibido – semanal, cada otra semana, quincenal, o mensual.

Cuadro 1: Ponga en lista el **ingreso bruto**, no el ingreso neto. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. La cantidad debe estar en su comprobante o su empleador le puede decir.

Cuadro 2: Ponga en lista la cantidad que cada persona recibió de asistencia social, pensión para niños y pensión alimenticia para el mes.

Cuadro 3: Ponga en lista la cantidad recibida de retiros, Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), beneficios de veteranos (VA), y beneficios por incapacidad.

Cuadro 4: Ponga en lista **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS** incluso de compensación por trabajador, desempleo, beneficios por huelgas, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, y cualquier otro ingreso. **SOLO** para empleados por sí mismo, reporte el ingreso después de gastos en el Cuadro 1. En el cuadro 4 es solo para su negocio, finca, o rentas de propiedad. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios federales para educación. Si usted participa en el Military Housing Privatization Initiative o recibe pagos de combat pay, no incluya este ingreso de vivienda como ingreso.

Parte 5: Conteste la pregunta si usted desea.

Acta de Declaración de Privacidad: Esto explica como nosotros usamos la información usted nos provee.

Declaración de no-discriminación: Esto explica lo que usted debe hacer si usted cree que usted fue tratado injustamente.



FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO

NOMBRE DE PROVEEDOR/A: _____ # DE YFCI: _____

Parte 1. Todos los miembros del hogar **FAVOR DE USAR LETRAS EN MOLDE**

A. Nombres del niño (as) registrado con este Proveedor(a):

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

B. Nombres de todos los miembros del hogar (Primer, inicial del medio, apellido)	MARQUE CON UNA (✓) SI ES UN NIÑO FOSTER (RESPONSABILIDAD LEGAL ES DE SERVICIOS SOCIALES O LA CORTE) * SI TODOS LOS NIÑOS EN LISTA SON NIÑOS FOSTER, CONTINUE A LA PARTE 4 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE (✓) SI NO HAY INGRESO
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe SNAP o dinero en efectivo de TAFDC, provea el nombre y # del caso para la persona que recibe el beneficio o indica Head Start o es indigente. **Si nadie recibe estos beneficios, continúe a la Parte 3.**

NOMBRE: _____ # DEL CASO: _____

(Numero de identificación de la carta enviada, no de la tarjeta de EBT solamente aplica para SNAP y TAFDC.)

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar — Usted tiene que indicar la cantidad y la frecuencia en la cual es recibido.

A. Nombre (Solo liste los miembros del hogar con ingreso) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido			
	1. Ganancias de trabajo antes de deducciones	2. Servicios sociales, pensión de niños, pensión alimenticio	3. Pensiones, retiro, Seguro Social, SSI, beneficios de veteranos	4. Todos otros ingresos
	\$200/semanal	\$150/dos veces al mes	\$100/mensual	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 4. Firma y 4 últimos números del Seguro Social (Adulto tiene que firmar)

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar este formulario. **Si la Parte 3 es completada, el adulto firmando el formulario también tiene que anotar sus cuatros últimos números de Seguro Social o marcar el cuadro “Yo no tengo un número de Seguro Social”.** (Vea el Acta de Declaración de Privacidad en la parte detrás de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es cierta y que todos los ingresos son reportados. Yo entiendo que el negocio de cuidado de niños en el hogar recibirá fondos federales a base a la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales del CACFP pueden verificar esta información. Yo entiendo que si yo doy información falsa, el participante recibiendo comidas puede perder los beneficios de comidas y ser expuesto a acciones legales.

Firme aquí: _____ Nombre en molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Ultimo cuatro números de Seguro Social: * * * - * * - ____ ____ Yo no tengo un número de Seguro Social



FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO

Parte 5. Identidad étnica y racial del participante (opcional)	
Marque una identidad étnica:	Marque uno o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas Pacifico
No complete esta parte. Esto es solo para uso oficial.	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____	
Categorical Eligibility: _____ Eligible: _____ Not Eligible: _____ Tier I _____ Tier II _____	
Reason: _____	
Determining Official's Signature: _____ Date: _____	
Confirming Official's Signature: _____ Date: _____	

El niño de su programa de cuidado diurno o el proveedor puede calificar para el reembolso de Nivel 1 si el ingreso familiar cae dentro de los límites de esta tabla.

Efectivo Julio 1, 2024 hasta Junio 30, 2025	
Tamaño del hogar	Anualmente
1	27,861
2	37,814
3	47,767
4	57,720
5	67,673
6	77,626
7	87,579
8	97,532
Por cada persona adicional:	+9,953

Declaración del Acta de Privacidad: La Acta Nacional de Almuerzos Escolares de Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo provee, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o de precio reducido. Usted tiene que incluir el número de seguro social para el miembro adulto en el hogar que complete esta solicitud. El número de seguro social no es requerido cuando usted solicita de parte de un niño foster o si usted incluye un numero de caso para SNAP (Estampillas de Alimentos) o Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) cuando usted indica que el miembro del hogar adulto firmando esta solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos esta información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o de precio reducido, y para la administración y refuerzo del programa.

Declaración de no-discriminación: Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section%20508%20Compliant.pdf), en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o´

fax: (833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; or

correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

COMPARTIENDO INFORMACION CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Guardián:

Si sus niños califican para comidas gratis o de precios reducidos en la escuela, ellos también pueden ser elegibles para seguro médico gratis o de precio reducido por medio de Medicaid o el State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Los niños con seguro médico son más aptos a recibir cuidado de salud regular y son menos propensos a enfermarse.

Debido a que el seguro médico es tan importante al bienestar de los niños, **la ley permite que nosotros notifiquemos a Medicaid y SCHIP el hecho que sus niños son elegibles para comidas gratis o de precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo haga.**

Medicaid y SCHIP solo usan la información para identificar los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Pueda que los oficiales del programa se contacten con usted para ofrecer a registrar a su niño en este programa de seguro. Completar el formulario para elegibilidad para alimentos del CACFP no registra automáticamente a su niño en el programa de seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos su información con el Medicaid o SCHIP, llene este formulario abajo y envíelo con su formulario de beneficios de alimentos del CACFP por ingreso a YFCI, 489 Washington St., Suite 109, Auburn MA 01501. (Enviando este formulario no cambiara si sus niños recibirán comidas gratis o reducidos.)

¡No! Yo NO quiero que la información de mi formulario de elegibilidad del CACFP sea compartida con el Medicaid o con el State Children's Health Insurance Program.

Si usted marca no, complete el formulario abajo.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

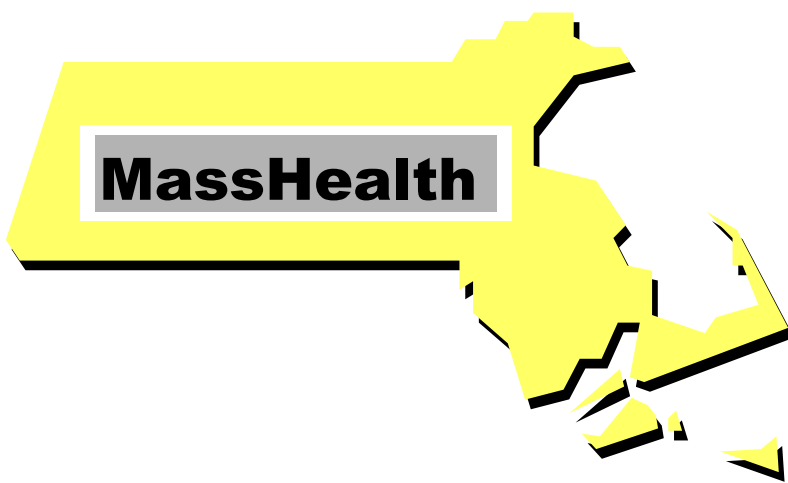
Para más información, usted puede llamar MassHealth al 1-800-841-2900.

MASS HEALTH INFORMATION

If your child is eligible for free or reduced school meals, your child may also be eligible for
free or low cost health insurance

through MassHealth.

To learn more call: 1-800-841-2900



Si su niño es elegible para almuerzo gratis o reducido, su niño pueda ser elegible para

Seguro de salud gratis o de bajo costo

por medio de MassHealth.

Para saber más, llame al: 1-800-841-2900

Cubriendos a los niños

