

Estimado/a Proveedor/a:

Para calificar para los reembolsos de Nivel 1, o si usted quiere recibir reembolso para comidas servidas a sus propios niños bajo el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EU, usted tiene que completar, firmar y devolvernos el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para Proveedor/a.

**1. ¿Como califico para los reembolsos del Nivel 1 para las comidas servidas a los niños registrados en mi negocio de cuidado de niños en el hogar?**

Usted tiene (a) que vivir en una área que sea elegible basado en la necesidad económica como es determinado por la participación de la escuela o los datos de censo, o (b) establecer necesidad económica por medio de la información provista en el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para Proveedor adjunto.

**2. ¿Quien determina mi elegibilidad como un hogar de Nivel 1?** Nuestra oficina determina su estatus de elegibilidad. Nosotros usaremos esta información que usted provee en el formulario para beneficios de alimentos. Asegurase de completar y firmar el formulario; reportar todos los ingresos del hogar (no solo su ingreso del negocio de cuidado de niños); y proveer los registros apropiados de su ingreso. **Devuelva el formulario completado y otros papeles a: Yours for Children, Inc., 489 Washington St., Auburn MA 01501.**

**3. ¿Que tipo de expedientes debo someter con mi formulario para beneficios de alimentos?** Si usted administro un negocio de cuidado de niños el hogar el año pasado, sujete una copia de su planilla de impuestos más reciente, incluso del Schedule C. Si su más reciente planilla de impuestos y la forma de Schedule C ya no indican su ingreso usted puede enviar documentación de su más reciente ingreso y gastos. Para hacer eso, incluya talonarios de pagos del trabajo y otras formas de ingresos. Los documentos que usted envíe deben enseñar el nombre de la persona que recibió los ingresos, la fecha en la cual fue recibida, la cantidad recibida, y la frecuencia en la cual fue recibida.

**4. ¿Como reembolsarán por las comidas para mis propios niños?** Usted es requerido por ley completar este formulario si usted quiere reclamar comidas servidas a sus propios niños. Aun usted viva en una área identificada de necesidad económica, o usted ya ha sido clasificado como un hogar de Nivel 1, usted tiene que completar este formulario. Nuestra oficina puede verificar la información de ingresos que usted someta.

**5. Si yo no vivo en un área de necesidad económica o no quiero someter el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso, ¿cuales son mis opciones para reembolso?** Usted recibirá los precios más bajos de reembolsos para las comidas servidas a los niños registrados en su negocio de cuidado de niños en el hogar.

**6. ¿La información que yo provea será verificada?** Quizá. Nosotros podemos pedirle a usted que envíe pruebas escritas para verificar la información que usted sometió en el formulario. **¿Y si yo no estoy de acuerdo con la decisión basada en la información que yo suministre en este formulario?** Usted debe hablar con su patrocinador.

**7. ¿Quién debo incluir como miembro de mi hogar?** Usted tiene que incluir a todas las personas en su hogar (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) los cuales comparten ingresos y gastos. Usted tiene que incluir a si mismo y todos los niños que viven con usted.

**8. ¿Como reporto información acerca ingresos y cambios en el estatus de empleo?** El ingreso que usted debe reportar tiene que ser el total bruto 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 no ocurrió un cambio significativo, usted puede usar el ingreso del mes anterior como base de su proyección. Si el total del ingreso del hogar es igual o meno que la cantidad indicada para el tamaño de su hogar en la tabla de ingresos adjunto, usted recibirá el nivel de pagos más alto de reembolsos. Después de ser aprobado apropiadamente para beneficios gratis o reducidos, sea a base de ingreso o pruebas de beneficios tales como un numero de caso actual de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (anteriormente conocido como Estampillas de Alimentos), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), usted continuara ser elegible para esos beneficios por un periodo que no exceda 12 meses. Usted debe, tal vez, notificarnos si usted o cualquier persona en su hogar es desempleado y la perdida de ingreso durante el periodo de desempleo resulta que el ingreso de su hogar este entre las normas de elegibilidad.

**9. ¿Puedo completar este formulario si cualquier persona en mi hogar no es un ciudadano de los EU?** Si. Usted o sus niños no tienen que ser ciudadanos de los EU.

**10. ¿Y si tengo un niño foster?** Niños foster son elegibles para comidas gratis sin tomar en cuenta de su ingreso personal o el ingreso del hogar en donde el niño vive. Los hogares que desean aplicar para beneficios para niños foster deben contactar a la **Directora Ejecutiva, Yours for Children, Inc, 489 Washington St., Suite 109, Auburn MA 01501, 800.222.2731.** En adición, los niños foster pueden ser incluidos como miembros del hogar para determinar la elegibilidad de otros niños en el hogar para comidas de precios gratis o reducidos.

**11. Nosotros estamos en las fuerzas armadas. ¿Es necesario incluir nuestro ingreso 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 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 ingresos 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



## 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.

**Caja 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.

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

**Caja 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.

**Caja 4:** Ponga en lista **TODAS 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 la caja 1. La caja 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 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 el cuadro 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. 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 combat pay, no incluya este estipendio para 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. Nombre de su propio niño(a) residencial registrado:**

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 de 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) (Ejemplo) Jane Smith	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"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	

### 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:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  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 número 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.

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 género y orientación 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](mailto: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 cambiará 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**

**Covering Kids**

