

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO PARA PROVEEDORES DE CUIDADOS DIURNOS EN HOGAR FAMILIAR

Complete la [Solicitud de Elegibilidad por Ingreso](#) usando las instrucciones dadas abajo. Por favor, complete una solicitud para cada niño inscrito. Firme la solicitud y devuélvala a la organización auspiciadora. Si tiene preguntas, o necesita ayuda para llenar la solicitud, comuníquese con \_\_\_\_\_ llamando al \_\_\_\_\_.

### PARTE 1 — INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

*Todos los proveedores deben completar esta parte.*

1. Escriba en letra de imprenta el nombre del proveedor de cuidados diurnos en hogar familiar.

### PARTE 2A — PARTICIPANTES CATEGÓRICAMENTE ELEGIBLES NIVEL I PARA BENEFICIOS CACFP

*Complete esta parte solamente si su familia recibe 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), o si su familia incluye un hijo de crianza. **No complete la parte 2B. Firme y feche la solicitud en la parte 3.***

1. Indique el número actual de caso SNAP o el número de caso TFA para el niño.
2. Marque () el casillero si el niño es un hijo de crianza colocado por una agencia estatal o local.

### PARTE 2B — TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS

*Complete esta parte si no completó la parte 2B.*

1. Anote los nombres de todas las personas que viven en su casa, incluyendo padres, abuelos, todos los niños, otros parientes y personas que no son miembros de la familia, pero viven en su casa.
2. Anote el **monto del ingreso** (la cantidad antes de descontar impuestos o cualquier otra deducción) recibido **el mes anterior** para cada persona en el hogar, y el **origen de ese ingreso**, como sueldo, bienestar, pensiones y otros ingresos. La tabla siguiente le da ejemplos de los tipos de ingreso que debe informar. Si cualquiera de los montos **del mes anterior** fue mayor o menor que el monto usual, anote el ingreso usual de esa persona.
3. El proveedor debe firmar y fechar esta solicitud en la parte 3, y proveer los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.

INGRESOS A INFORMAR		
Ingresos de su Empleo	Asistencia Pública/Pensión Alimentaria/Manutención de Niños	Pensiones/Jubilación/Seguro Social/Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios, sueldos, bonificaciones</li> <li>• Ingreso <b>neto</b> de su trabajo por cuenta propia (granja o empresa)</li> <li>• Beneficios por huelga</li> </ul> <p><b>Si está en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga básica y bonificaciones (<i>NO incluya paga de combate, FSSA o prestación por vivienda privatizada</i>)</li> <li>• Prestación por vivienda fuera de la base, comida y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de desempleo</li> <li>• Compensación laboral</li> <li>• Ingreso Suplementario de Seguro (Supplemental Security Income - SSI)</li> <li>• Ayuda en efectivo del gobierno Estatal o local</li> <li>• Pensiones alimentarias</li> <li>• Manutención de niños</li> <li>• Beneficios para veteranos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios “black lung”)</li> <li>• Pensiones Privadas o incapacidad</li> <li>• Ingreso de fondos o herencias</li> <li>• Anualidades</li> <li>• Ingreso de inversiones</li> <li>• Intereses ganados</li> <li>• Ingreso de rentas de propiedades</li> <li>• Pagos <i>regulares</i> en efectivo de hogares externos</li> </ul>

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO PARA PROVEEDORES DE CUIDADOS DIURNOS EN HOGAR FAMILIAR (continuación)

### PARTE 3 — INFORMACIÓN DE CONTACTO, FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Todos los proveedores deben completar esta parte.

1. El proveedor debe **firmar y fechar** esta solicitud.
2. Si completó la parte 2A e indicó un número SNAP o TFA, o el niño es un hijo de crianza, **no necesita** incluir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.
3. Si completó la parte 2B, debe incluir los **últimos cuatro dígitos** de su número de seguro social. Si usted no tiene un número de seguro social, marque () el casillero al lado de la declaración, “No tengo un SSN.”

### PARTE 4 — IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL (OPCIONAL)

Complete esta parte si lo desea.

Se le requiere al servicio CACFP que solicite información acerca de la raza y origen étnico de sus niños/as. Esta información es importante y ayuda a asegurar que el servicio CACFP presta pleno servicio a su comunidad. El llenado de esta sección es **opcional** y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para las comidas CACFP.

1. Marque un origen étnico, ya sea “Hispano/Latino” o “No Hispano/Latino”.
2. Marque una o más razas (Asiático, Blanco, Negro o Afroamericano, Indígena Americano o Nativo de Alaska, y Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico).

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;
- (2) fax: (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 información sobre CACFP, visite el sitio de Internet [CACFP](#) de CSDE o comuníquese con el **personal de CACFP** escribiendo a Connecticut State Department of Education, Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103.

Este documento está disponible en

<http://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/IEAppProviderInstrSP.pdf>.