

Child and Adult Care Food Program (CACFP)
(Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos)

Carta Muestra A Los Padres Para Hogares
De Cuidados Diurnos En Hogar Familiar – Nivel II

Estimado Padre/Madre/Custodio:

Su hijo/a está inscrito en el hogar de _____, un proveedor que participa en el Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program - CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA) a través de un acuerdo con nuestra agencia. En el marco de este acuerdo, su proveedor de cuidados diurnos en hogar familiar recibe reembolsos por las comidas servidas a su hijo/a mientras recibe cuidado. El monto del reembolso que recibe su proveedor depende del ingreso de los hogares de los niños que reciben cuidado. Dependiendo del tamaño y el ingreso de su familia, su proveedor de cuidados diurnos recibirá reembolsos al Nivel I (más elevado) o al Nivel II (más reducido) por las comidas servidas a su hijo/a.

Por favor, provea la información requerida en la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso adjunta, y devuélvala lo más pronto posible. Usaremos esta información para decidir el nivel de beneficios CACFP que recibirá su proveedor de servicios. Podremos asimismo dar a conocer la información de su formulario a funcionarios de otros programas de nutrición, salud y educación infantil, a fin de determinar beneficios para estos programas.

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Comida) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Si usted recibe actualmente beneficios SNAP o TFA para su niño/a, o su familia incluye un hijo de crianza, solamente necesita anotar el nombre de su niño/a, el número de caso SNAP o TFA, y firmar y fechar la solicitud.

- **Hijos/as de crianza:** En consonancia con la Ley de Niños Saludables y Libres del Hambre (Healthy, Hunger-Free Kids Act) de 2010, los/as hijos/as de crianza que están bajo la responsabilidad del estado o son colocados formalmente por una agencia o tribunal estatal para el bienestar del niño son categóricamente elegibles para beneficios CACFP sin cargo. *Esta disposición no se aplica a los arreglos informales ni a colocaciones que puedan existir fuera de los sistemas basados en el estado o en los tribunales.* La elegibilidad para hijos/as de crianza con colocación formal ya no se determina en base a su ingreso de uso personal y a un tamaño familiar de uno. La institución de cuidados infantiles debe obtener documentación de una agencia adecuada estatal o local confirmando la condición del menor como hijo/a de crianza. Los hogares que tengan hijos/as de crianza e hijos/as propios pueden optar por incluir todos/as los/as hijos/as en la misma solicitud. Ahora bien, la presencia de un/a hijo/a de crianza en la familia no confiere elegibilidad para comidas Nivel I a todos /as los/as niños/as de la familia.

Todos los miembros de la familia: Si el ingreso de su familia es igual o menor al nivel mostrado en “Pautas de Ingreso Bruto para Comidas de Nivel I” (véase la página 2), deberá proveer la información siguiente para que pueda procesarse su solicitud.

CACFP Carta Muestra A Los Padres Para Hogares De Cuidados Diurnos En Hogar Familiar – Nivel II (continuación)

- **Miembros de la familia:** 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.
- **Número de Seguro Social:** Anote los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Si la persona no tiene un número de seguro social, marque (☑) el casillero al lado de la declaración, “No tengo un SSN.”
- **Ingreso Actual:** Anote el monto del ingreso que cada persona haya ganado **el mes anterior** (ANTES de descontar impuestos, seguro social, etc.), y su origen, tal como sueldos, jubilación o bienestar. Si el ingreso del mes anterior de cualquier miembro de la familia fue mayor o menor que el monto usual, anote el ingreso promedio usual de esa persona.

Fecha y firma: Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** la solicitud.

Información de cambios: En consonancia con la Ley de Nutrición Infantil y Reautorización de WIC (Child Nutrition and WIC Reauthorization Act) de 2004, ya no se requiere que las familias notifiquen cambios en sus circunstancias, por ejemplo, aumento en ingresos, disminución del tamaño de la familia, o cuando la familia ya no es certificada como elegible para recibir beneficios SNAP o TFA. Una vez que ha sido aprobada para beneficios Nivel I, una familia seguirá siendo elegible para estos beneficios por un plazo que no podrá exceder 12 meses.

Nueva solicitud: Si usted no es elegible ahora, pero tiene una disminución en el ingreso de la familia, un aumento en el tamaño de la familia, o queda desempleado/a, llene una solicitud en ese momento. Los participantes con miembros de la familia que quedan sin empleo son elegibles para comidas Nivel I durante el período de desempleo, si la pérdida de ingresos hace que el ingreso de la familia durante el período de desempleo quede dentro de las normas de elegibilidad para dichas comidas.

| Pautas de Ingreso Bruto Para Comidas de Nivel I Con efectividad desde Julio 1, 2019, hasta Junio 30, 2020 | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Miembros de la familia | Ingreso bruto anual | Ingreso bruto mensual | Dos veces por mes | Ingreso bruto cada dos semanas | Ingreso bruto semanal |
| 1 | 23,107 | 1,926 | 963 | 889 | 445 |
| 2 | 31,284 | 2,607 | 1,304 | 1,204 | 602 |
| 3 | 39,461 | 3,289 | 1,645 | 1,518 | 759 |
| 4 | 47,638 | 3,970 | 1,985 | 1,833 | 917 |
| 5 | 55,815 | 4,652 | 2,326 | 2,147 | 1,074 |
| 6 | 63,992 | 5,333 | 2,667 | 2,462 | 1,231 |
| 7 | 72,169 | 6,015 | 3,008 | 2,776 | 1,388 |
| 8 | 80,346 | 6,696 | 3,348 | 3,091 | 1,546 |
| Cada miembro adicional de la familia | + 8,177 | + 682 | + 341 | + 315 | + 158 |

CACFP Carta Muestra A Los Padres Para Hogares De Cuidados Diurnos En Hogar Familiar – Nivel II (continuación)

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. 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.

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 06103-1841. Este documento está disponible en <https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/LetterParentTier2SP.pdf>.