

Solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos

Para ver las instrucciones, consulte las [Instrucciones para completar la solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos](#).

Parte 1: Información del participante

Nombre del participante: _____ Edad _____ Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Parte 2A: Participantes categóricamente elegibles para recibir comidas gratis de los beneficios del CACFP

Los grupos familiares que reciben ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (antes conocido como “cupones para alimentos”), la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Medicaid *deben completar esta parte y la parte 3. No complete la parte 2B.*

Número de caso del SNAP: _____ Número de identificación de la SSI: _____

Número de identificación de Medicaid: _____

Parte 2B: Todos los demás grupos familiares

Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

Nombre de todos los miembros del grupo familiar <i>Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.</i>	Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe: indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto de los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada. <i>Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.</i>											
	Ganancias del trabajo (antes de deducciones): empleo 1				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimentaria				Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos			
Nombres	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanal mente	Quincenal mente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente
(Ejemplo) Jane Smith	\$200					\$134						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP

Parte 3: Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto del grupo familiar debe **firmar y fechar** este formulario antes de que se apruebe.

Certifico (prometo) que toda la información presentada en este formulario es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que brindo. Entiendo que los funcionarios del CACFP pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que, si brindo información falsa intencionalmente, el participante puede perder los beneficios de comidas y se me puede procesar en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre del adulto en letra de imprenta: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés): XXX-XX- _____ No tengo un SSN

Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral: _____

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte 4: Identidad racial y étnica (opcional) *No tiene obligación de completar esta parte.*

Etnia (marque una opción):

- Hispana/latina
 No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más):

- Asiático/a
 Caucásico/a
 Afroamericano/a
 Indio/a estadounidense o nativo/a de Alaska
 Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico

Solo para uso del patrocinador. No escriba después de esta línea.

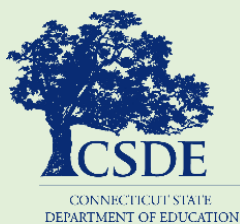
Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso familiar total: \$ _____ Tamaño de la familia: _____ Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

- Elegible para recibir comidas gratis
 Elegible para recibir comidas a precio reducido
 Excede los ingresos

Funcionario de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____
Firma

Solicitud de elegibilidad según los ingresos para los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP



Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del [CACFP](#) del CSDE o comuníquese con el [personal del CACFP](#) en la Oficina de Salud/Nutrición, Servicios Familiares y Educación para Adultos del Departamento de Educación del Estado de Connecticut, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841.

Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/IEAppAdult_Spanish.pdf.

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: [How to File a Complaint](#), 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.

El Departamento de Educación del Estado de Connecticut se compromete a cumplir con una política de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas que califiquen. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica de empleo, programa educativo o actividad educativa por motivos de edad, ascendencia, color, antecedentes penales (en empleo y concesión de licencias estatales), identidad o expresión de género, información genética, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, estado civil, discapacidad mental (pasada o presente), origen nacional, discapacidad física (incluida la ceguera), raza, credo religioso, represalias por oponerse previamente a la discriminación o la coerción, sexo (embarazo o acoso sexual), orientación sexual, condición de veterano o peligros del lugar del trabajo para los órganos reproductivos, salvo que haya una calificación ocupacional de buena fe que excluya a las personas en alguna de las clases protegidas antes mencionadas.

Las consultas sobre las políticas de no discriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a Levy Gillespie, director de Igualdad de Oportunidades Laborales/coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Connecticut State Department of Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 607, Hartford, CT 06103, 860-807-2071, levy.gillespie@ct.gov.