Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
CARTA A LOS HOGARES

Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio:	ID de proveedor #:	Número de teléfono
Wyoming Day School Inc.; Albuquerque Nursery School	17	(505) 298 / 7547

Instrucciones: Esta carta debe acompañar a la Solicitud de elegibilidad por ingresos.

Estimada madre-padre / tutor o participante de CACFP:

Wyoming Day School Inc.; Albuquerque Nursery School Participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP) administrado por

Nombre del proveedor del hogar

los Estados Unidos Departamento de Agricultura. Ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP completando, firmando y devolviendo la declaración adjunta lo antes posible. Esta información es necesaria para decidir el nivel de reembolso del CACFP que su centro puede recibir por las comidas que se sirven a los niños y / o adultos participantes en nuestro programa. Este formulario se tratará como información confidencial. Todos los participantes de nuestro programa reciben su comida sin cargo, pero la determinación de la categoría de elegibilidad afecta la cantidad de fondos federales que recibimos.

Hijos de crianza: un niño de crianza inscrito en nuestro programa que es responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o un tribunal puede ser certificado como elegible para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos de su hogar. Consulte las instrucciones sobre cómo completar el formulario de solicitud de elegibilidad de ingresos.
SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program (formerly the Food Stamp Program): If your household is currently receiving benefits under the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) and your child is enrolled in a child care center you need only to list the case number sign and date the form.

Si su hogar recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Medicaid o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y un adulto en su hogar está inscrito en un Centro de Guardería para Adultos, entonces necesita sólo para enumerar su número de caso, firmar y fechar el formulario. De lo contrario, un miembro adulto del hogar debe completar el formulario y revelar el ingreso total actual del hogar por fuente y los nombres de todos los miembros del hogar. La persona que completa el formulario debe firmar, proporcionar un número de seguro social y la fecha en que lo completó.

El ingreso que declare debe ser el ingreso familiar bruto total del último mes enumerado por fuente, para cada miembro del hogar. Si los ingresos del mes pasado no reflejan con precisión sus circunstancias, puede proporcionar sus ingresos anuales o puede utilizar los ingresos del año pasado si no se han producido cambios significativos. Si el ingreso de su hogar es igual o menor que las cantidades indicadas para el tamaño de su hogar en la tabla a continuación, su proveedor puede calificar para las tasas máximas de reembolso. El Departamento de Agricultura define un hogar como un grupo de individuos emparentados o no emparentados (no residentes de una pensión o una institución) que viven como una unidad económica (es decir, comparten los gastos de subsistencia).

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - (VIGENTE DESDE EL 1 DE JULIO DE 2022 AL 30 DE JUNIO DE 2023)

	GRATUITO			REDUCIDO		
TAMAÑOHOGAR	DELAÑO	MES	SEMANA	DELAÑO	MES	SEMANA
1	17,667	1,473	340	25,142	2,096	484
2	23,803	1,984	458	33,874	2,823	652
3	29,939	2,495	576	42,606	3,551	820
4	36,075	3,007	694	51,338	4,279	988
5	42,211	3,518	812	60,070	5,006	1,156
6	48,347	4,029	930	68,802	5,734	1,324
7	54,483	4,541	1,048	77,534	6,462	1,492
8	60,619	5,052	1,166	86,266	7189	1,659
FOR EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER:						
	6,136	512	118	8,732	728	168

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: 1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Albuquerque Nursery School		7/11/2023
Nombre de la Representante del Patrocinador	Firma de la Representante del Patrocinador	Fecha

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio:	ID de proveedor #:	Número de teléfono
Wyoming Day School Inc.; Albuquerque Nursery School	17	(505) 298 / 7547

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Indique el nombre de todos los participantes inscritos que está solicitando y que están bajo atención.

Indique la fecha de nacimiento de cada participante inscrito.

Si está solicitando un hijo adoptivo, indique solo un niño adoptivo por formulario. Un niño de crianza puede ser elegible para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar.

Cuidado infantil: Si el participante inscrito está en un Centro de cuidado infantil y recibe beneficios a través de Asistencia nutricional suplementaria (SNAP) (anteriormente, cupones de alimentos o Programa de distribución de alimentos en la reserva indígena (FDPIR), indique el número de caso correspondiente en los espacios proporcionados y Firme el formulario. No utilice el número que figura en su tarjeta. No es necesario que complete la información sobre el hogar y los ingresos.

Cuidado de adultos: Si el participante inscrito está en un Centro de cuidado diurno para adultos y recibe beneficios a través de Asistencia nutricional suplementaria (SNAP) anteriormente, cupones de alimentos, Programa de distribución de alimentos en la reserva indígena (FDPIR), Seguridad de ingresos suplementarios (SSI) o Medicaid, indique el número de caso apropiado en los espacios provistos y firme el formulario. No use el número de su tarjeta. No es necesario que complete la información del hogar y los ingresos.

Si no recibe beneficios y no tiene el número de caso de los participantes inscritos en el centro, debe completar todas las partes de la IEA (información sobre el hogar y los ingresos).

INFORMACIÓN DEL HOGAR E INGRESOS

No es necesario completarlo si el número de caso se proporciona arriba.

Enumere todos los miembros del hogar. Un hogar es un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven como una unidad económica (es decir, comparten los gastos de subsistencia).

Proporcione los ingresos más actualizados por fuente para todos los miembros del hogar. Esto puede basarse en la información más reciente del mes anterior a completar la solicitud.

Los ingresos declarados deben informarse en el mismo. Los ingresos declarados en la solicitud deben incluir todos los ingresos antes de impuestos y antes de otras deducciones.

Un niño de crianza, definido como un pupilo de la corte o agencia de bienestar. Solo se enumeran los ingresos de "uso personal" del niño de crianza.

Los ingresos por uso personal incluyen:

- Fondos especificados por la agencia de bienestar social como para uso personal del niño. (Si no se especifican fondos, los fondos recibidos de la agencia de asistencia social no se deben considerar como ingresos. Registre "0" en los ingresos personales).
- Dinero recibido de cualquier fuente. Esto incluye, pero no se limita a, fondos recibidos de cuentas fiduciarias, de la familia del niño y ganancias del empleo del niño que no sean trabajos ocasionales o de medio tiempo.

FIRMA

El miembro adulto de la familia que complete la solicitud debe firmar y fechar la solicitud.

Si el participante inscrito no recibe beneficios y no ha proporcionado un número de caso, el miembro adulto de la familia que firma la solicitud debe proporcionar un número de seguro social.

Si no tiene un número de seguro social, marque la "casilla" proporcionada. De lo contrario, no proporcionar el número de seguro social (si tiene uno) invalidará la Solicitud de elegibilidad de ingresos y reducirá el nivel de reembolso de CACFP que el Proveedor de cuidado infantil de su familia recibe por las comidas servidas a los niños y / o adultos participantes inscritos en su cuidado.

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - COMIDAS PRECIOS GRATUITAS Y REDUCIDAS EN CACFP

Nombre del proveedor / instalación / centro / sitio:	ID de proveedor #:	Número de teléfono
Wyoming Day School Inc.; Albuquerque Nursery School	17	(505) 298 / 7547

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: 1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Instrucciones: Complete este formulario y devuélvalo a la Oficina del patrocinador principal:
Propósito de la solicitud:

(Check if applicable for Enrolled Participant)

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE INSCRITO:

Nombre de pila:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:		Cuidado de los niños:		Centro de cuidado para adultos:	Case #:
			☐ ¿Niña adoptiva?	☐ SNAP ☐ FDPIR		☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva?	☐ SNAP ☐ FDPIR		☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva?	☐ SNAP ☐ FDPIR		☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva?	☐ SNAP ☐ FDPIR		☐ SSI ☐ MED	
			☐ ¿Niña adoptiva?	☐ SNAP ☐ FDPIR		☐ SSI ☐ MED	

Si el participante inscrito es un niño de crianza: indique la cantidad de ingresos mensuales de "uso personal" del niño (si no tiene ingresos personales, registre "0"):_____

INFORMACIÓN DEL HOGAR:
Indique el nombre y apellido de cada persona que vive en el hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes o amigos que viven en el hogar). (Utilice formularios adicionales si se requieren más líneas).

Nombre de pila:	Apellido:	Nombre de pila:	Apellido:

Número total en el hogar: _____

INGRESOS DEL HOGAR: (Indique la fuente y la cantidad de los ingresos actuales de todos los miembros de su hogar. Siga la definición de ingresos especificada en los estándares para determinar la elegibilidad gratis o de precio reducido en su carta para padres. Si recibe más de un cheque de cualquiera de estas fuentes, indique el monto total mensual recibido.

Salarios / Salario: $ _____ Manutención de los hijos: $ _____ Seguridad Social:$ _____ Pensión / Jubilación: $ _____
Desempleo:$ _____ Otros ingresos: $ _____ **Ingresos totales**: $ _____ ☐ Mensual

SANCIONES POR DECLARACIÓN INCORRECTA: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de estampillas para alimentos o FDPIR es correcto o que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales; que los funcionarios de la institución pueden verificar la información en la declaración y la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

_____ _____ ☐ Compruebe si no SS # _____
Firma de la miembro adulta de la familia — Últimos cuatro dígitos del número de seguro social * — Fecha

Declaración de la Ley de Privacidad:
Esto explica cómo usaremos la información que nos proporciona. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que, a menos que se proporcione el cupón de alimentos del participante o el número FDPIR, debe incluir el número de seguro social del miembro del hogar que firma la declaración o una indicación de que el miembro del hogar que firma la declaración no posee Un número de seguro social. La provisión de un número de seguro social no es obligatoria, pero si no se proporciona un número de seguro social o no se indica que el miembro adulto del hogar que firma la declaración no tiene uno, la declaración no puede ser aprobada. El número de seguro social se puede usar para identificar al miembro del hogar al realizar esfuerzos para verificar la exactitud de la información en la declaración. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de revisiones del programa, auditorías e investigaciones y pueden incluir contactar a los empleadores para determinar los ingresos, contactar a una oficina de cupones de alimentos u oficina de FDPIR para determinar la certificación actual para recibir los beneficios de SNAP (cupones de alimentos) o FDPIR, contactar al empleo estatal oficina de seguridad para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación producida por el miembro del hogar para verificar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se informa información incorrecta.

SOLO PARA USO DEL PATROCINADOR

☐ Guardería infantile ☐ Centro de cuidado diurno para adultos ☐ Aprobada gratis ☐ Aprobada reducida ☐ Pagada

☐ Elegibilidad para el nivel I del proveedor del hogar Verificada por: ☐ Declaración de impuestos ☐ W-2 ☐ Talones de pago ☐ Otra Fecha de verificación:_____

☐ Proveedor del hogar Elegibilidad del niño (s) Nivel I Verificada por: ☐ Ingresos del hogar ☐ Categóricamente elegible Nombre de la escuela / Distrito:_____

☐ Proveedor del hogar o niño (s) NIVEL I No elegible

_____ _____ _____ _____
Firma de la instalación / centro / representante del sitio / proveedor del hogar — Nombre de la instalación / centro / representante del sitio / proveedor del hogar — Fecha de aprobación — Fecha de cancelación de la inscripción

* No se requiere el Número de Seguro Social completo para participar en CACFP, solo se requieren los últimos cuatro dígitos.

NM FNB CACFP 03/2021