

Fecha: _____



CARTA AL HOGAR PARA PROGRAMAS A NO COSTO

Estimado Participante, Padre, Guardián, o Miembro de Familia,

Nosotros participamos en el Programa Alimentario para el Cuidado de Adultos (ACFP por sus siglas en inglés), el cual provee reembolsos por servir comidas nutritivas a adultos inscritos. Todas las comidas servidas deben cumplir los requerimientos de patrón de comidas establecido por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés). En la operación de los programas alimentarios del USDA, ninguna persona será discriminada por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

La información solicitada en el Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios Alimentarios adjunto es necesaria para que podamos recibir reembolso por comidas servidas a adultos. La cantidad de reembolso que recibimos del ACFP depende del estado de ingresos del hogar del adulto inscrito. Favor de completar el formulario adjunto, firme, feche y regréselo a la dirección listada debajo. **Consulte a continuación las instrucciones sobre cómo completar el formulario.** Su formulario será colocado en nuestros archivos y se mantendrá de manera confidencial.

Los participantes categóricamente elegibles como gratuitos para el CACFP que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Alimentaria (SNAP por sus siglas en inglés) (anteriormente conocido como Cupones para Alimentos), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) o Medicaid son elegibles para comidas gratuitas del CACFP. Si recibe actualmente beneficios de SNAP, SSI o Medicaid, solo necesita incluir su nombre, número de identificación de SNAP, SSI o Medicaid, firmar y fechar la solicitud. Los participantes de hogares con ingresos totales inferiores o iguales a los niveles enumerados a continuación son elegibles para recibir comidas gratuitas o de precio reducido.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS (Efectivo Julio 1, 2025 – Junio 30, 2026)

TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL
1	28,953	2,413	557
2	39,128	3,261	753
3	49,303	4,109	949
4	59,478	4,957	1,144
5	69,653	5,805	1,340
6	79,828	6,653	1,536
7	90,003	7,501	1,731
8	100,178	8,349	1,927
Para cada miembro de familia adicional sume	+10,175	+848	+196

CÓMO COMPLETAR:

Si algún miembro del hogar recibe actualmente el Programa de Asistencia Nutricional Alimentaria (SNAP), Programa de Distribución de Comidas en Reservas Indias (FDPIR por sus siglas en inglés), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid, entonces el participante es categóricamente elegible como gratuito para los beneficios del ACFP. El Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios Alimentarios debe incluir el nombre del participante, el número de caso de SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid enumerados en la Parte 1 y 2 así como la firma y los últimos 4 dígitos del número de seguro social enumerado en la Parte 4. Luego, complete la Parte 5.

Fecha: _____

Si usted no incluye un número de caso de SNAP, FDPIR, SSI, o Medicaid, la solicitud debe incluir:

- Parte 1- indique el nombre del participante.
- Parte 3- indique los nombres de todos los miembros del hogar, incluidos el participante, el cónyuge, los hijos u otras personas que vivan con el participante en el mismo hogar.
- Parte 3- la cantidad de ingresos que recibe normalmente cada persona (antes de deducciones de impuestos, seguro social, etc.), con qué frecuencia se reciben 1. Ganancias del trabajo antes de deducciones, 2. Bienestar, manutención de hijos, pensión alimentaria, 3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, 4. Todos los demás ingresos. Si la persona que figura en la Parte 1 no recibe ningún ingreso, debe marcar la casilla “sin ingresos” en la Parte 1.
- Parte 4- La firma de un miembro adulto del hogar y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro del hogar que firmó la solicitud o marque la casilla “no tengo un número de Seguro Social.

VERIFICACIÓN: Su solicitud puede ser revisada por el centro u otros funcionarios en cualquier momento durante el año para determinar si ha sido aprobada correctamente.

CONFIDENCIALIDAD: La información que proporcione se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en el ACFP.

NUEVA SOLICITUD: Usted puede aplicar por comidas gratuitas o a precio reducido en cualquier momento durante el año. Si no es elegible pero su hogar experimenta un cambio, como una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar, desempleo o recibe SNAP, SSI y/o Medicaid, complete una nueva solicitud

Atentamente,

Nombre y Cargo del Representante del Centro

Nombre del Centro de Cuidado de Adultos

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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:** (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.