FORMULARIO CACFP
DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS ALIMENTARIOS CONFORME A LOS INGRESOS (Cuidado de Adultos)

Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar

Nombre del adulto(s) inscrito(s): Anote el nombre debajo de «nombre de los participantes adultos»

Nombre de los participantes adultos (Nombre, segundo nombre y apellido)	MARQUE LA CASILLA SI NO CUENTA CON INGRESOS ECONÓMICOS
	☐
	☐
	☐

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su unidad familiar recibe SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid, brinde el nombre y el número de caso de la persona que reciba cualquiera de estos beneficios. **Si ninguno recibiere estos beneficios, diríjase a la parte 3.**

NOMBRE:_____ NÚMERO DE CASO: _____

TIPO DE BENEFICIO (MARQUE UNO): ☐ SNAP ☐ FDPIR ☐ SSI ☐ Medicaid

Parte 3. Ingresos totales de la unidad familiar. Deberá decirnos la cantidad y con qué frecuencia los recibe.

A. Nombre (Anote **solo** al participante(s), cónyuge e hijos que dependan del participante(s)	**B. Ingreso total y la frecuencia en que se recibió**			
	1. Salario antes de los descuentos de ley	2. Ayuda económica, manutención infantil, pensión alimentaria	3. Pensión o jubilación, seguro social, SSI, beneficios para veteranos	4. Otros ingresos
(Por ejemplo) .Jane Smith	$ 200/semanales	$150/ dos veces al mes	$ 100 al mes	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/ _____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____ / _____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/ _____	$_____/_____
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/ _____

Parte 4. Firma y los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social

Un adulto en la unidad familiar deberá firmar este formulario. **Si se completó la parte 3, el adulto que firma este formulario deberá también anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla que indica «no tengo número de seguro social».** (Vea el aviso al reverso de esta página).

Certifico que toda la información en este formulario es auténtica y que se han reportado todos los ingresos económicos. Entiendo que el centro u hogar de la tercera edad recibirá fondos federales en base a la información que brindo. Tengo conocimiento que las autoridades del CACFP comprobarán esta información. Soy consciente que, si brindo información falsa de manera intencional, el participante que reciba comidas perderá sus beneficios alimentarios y puedo ser procesado judicialmente.

Firme aquí:_____Escriba su nombre: _____
Fecha: _____
Dirección:_____Teléfono:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal: _____
Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: ***-**-_____ ☐ No tengo número de seguro social

Parte 5. Identidad étnica y racial del participante (opcional)

Marque una identidad étnica	Marque una o más identidades raciales	
☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino	☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano	☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Nativo de Alaska o de otras islas del Pacífico

FORMULARIO CACFP DE ADMISIBILIDAD PARA BENEFICIOS ALIMENTARIOS CONFORME A LOS INGRESOS
(Cuidado de Adultos)

No llene esta parte. Sólo para uso oficial.

Conversión Anual de Ingresos: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: ❑ Semana, ❑Cada 02 semanas, ❑ Dos veces al mes, ❑Mensual, ❑Año Tamaño de Unidad Familiar: ___

Elegibilidad Categórica: Gratuito ❑ Reducido ❑ Pagado ❑ Denegado ❑ Fecha de salida: _____

Motivo:_____

Firma del funcionario responsable: _____ Fecha: _____

Tamaño de la unidad familiar	Gratis anual	Precio reducido anual
1	$0 - $20,748	$20,749 - $29,526
2	$0 - $28,132	$28,133 - $40,034
3	$0 - $35,516	$35,517 - $50,542
4	$0 - $42,900	$42,901 - $61,050
5	$0 - $50,284	$50,285 - $71,558
6	$0 - $57,668	$57,669- $82,066
7	$0 - $65,052	$65,053 - $92,574
8	$0 - $72,436	$72,437 - $103,082
Cada persona adicional:	+$7,384	+$10,508

El participante en el centro de cuidado de adultos puede calificar para obtener comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos económicos de su unidad familiar se encuentran dentro de los límites mostrados en este cuadro.

La ley nacional de almuerzos escolares Richard B. Russell exige que se brinde esta información en el presente formulario. Usted no tiene que brindar esta información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para el participante. Deberá colocar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto en la unidad familiar que firma el formulario. El número de seguro social no será necesario si usted anota el número de caso del programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), asistencia temporal para familias con escasos recursos (TANF, por sus siglas en inglés), programa de distribución alimentaria en reservas indias (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otro número de identificación de FDPIR del participante, o si indica que el miembro de la unidad familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si el participante cumple con los requisitos para obtener comidas gratuitas o a precio reducido y para la gestión y ejecución del programa.

Aviso de no discriminación: 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.