

**Parte 1. Todos los miembros de la unidad familiar**

<b>Nombre del adulto(s) inscrito(s): Anote el nombre debajo de «nombre de los participantes adultos»</b>	
<b>Nombre de los participantes adultos</b> (Nombre, segundo nombre y apellido)	MARQUE LA CASILLA SI NO CUENTA CON INGRESOS ECONÓMICOS
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

**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 <b>solo</b> 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	\$ <u>200/semanales</u>	\$ <u>150/ dos veces al mes</u>	\$ <u>100 al mes</u>	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**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
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska
	<input type="checkbox"/> 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. Solo para uso oficial.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice a Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free: \_\_\_\_\_ Reduced: \_\_\_\_\_ Paid \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Tamaño de la unidad familiar	Gratis anual	Precio reducido anual
1	\$0-\$19,578	\$19,579-\$27,861
2	\$0-\$26,572	\$26,573-\$37,814
3	\$0-\$33,566	\$33,567-\$47,767
4	\$0-\$40,560	\$40,561-\$57,720
5	\$0-\$47,554	\$47,555-\$67,673
6	\$0-\$54,548	\$54,549-\$77,626
7	\$0-\$61,542	\$61,543-\$87,579
8	\$0-\$68,536	\$68,537-\$97,532
Cada persona adicional:	+\$6,994	+\$9,953

**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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.