



**FORMULARIO CACFP DE ADMISIBILIDAD 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
				<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): <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> 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	\$ <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: ***-**-____ <input type="checkbox"/> 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"/> Amerindio o nativo de Alaska		
<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o de otras islas del Pacífico		
	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano			



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 - \$16,744	\$ 16,745 - \$23,828
2	\$ 0 - \$22,646	\$ 22,647 - \$32,227
3	\$ 0 - \$28,548	\$ 28,549 - \$40,626
4	\$ 0 - \$34,450	\$ 34,451 - \$49,025
5	\$ 0 - \$40,352	\$ 40,353 - \$57,424
6	\$ 0 - \$46,254	\$ 46,255 - \$65,823
7	\$ 0 - \$52,156	\$ 52,157 - \$74,222
8	\$ 0 - \$58,058	\$ 58,059 - \$82,621
Cada persona adicional:	+ 5,902	+ 8,399

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: «El departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación en sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y en los casos de ideología política, estado civil, estatus marital o paternal, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos económicos de la persona provienen de cualquier programa de asistencia pública o de la protección de información genética ya sea en el trabajo o en cualquier actividad del programa dirigido o financiado por el Departamento (no se aplicarán las prohibiciones a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea realizar una denuncia de derechos civiles por discriminación, complete el formulario de denuncias sobre discriminación del USDA situado en el siguiente enlace: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o solicite el formulario en cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992. Usted también puede escribir una carta incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Envíe su carta o formulario de denuncia por correo postal a: *U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410*, por facsímil al (202) 690-7442, o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas con sordera, dificultad para oír o con discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del servicio federal de retransmisión de información (*Federal Relay Service*) al (800) 845-6136.

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades».