



## Instrucciones del Formulario de Elegibilidad de Beneficio de Comida del CACFP

¡El Programa de Alimentos de Niños y Adultos (CACFP) hace de la Buena comida una parte regular del cuidado diario de su niño(a)! Por favor complete el formulario de *Elegibilidad de Ingresos de Beneficio de Comida de CAPFP*. Este nos ayuda a determinar si su hogar cualifica para comidas gratis o reducidas de precio. Esto nos deja saber cuanto dinero CACFP le dará para apoyar su hogar de cuidado diario o centro.

### Instrucciones

Aquí están las instrucciones para ayudarle a llenar el formulario. Antes de que comience, mire el formulario por la parte de atrás para aprender por qué le pedimos esta información. Esto le informa cómo utilizamos la información y qué derechos usted tiene. También le dice cómo contactar a la USDA si usted piensa que se le trata injustamente.

Por favor asegúrese de llenar toda la información requerida. Utilice un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando termine, por favor envíenos el formulario a:

**The Learning Center for the Deaf, ATTN: Chris Kaftan, 848 Central Street, Framingham, MA 01701.**

#### Paso 1:

Haga una lista de todos los niños bajo cuidado diario en su hogar. Use una línea para cada nombre del niño(a). Escriba una letra en cada encasillado. Deténgase si le falta espacio. Si hay más niños, añada sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tiene usted hijos adoptivos? Si usted contesta *Sí*, marque el encasillado *Hijo Adoptivo (Foster Child)* al lado del nombre del niño(a). Si usted solo está aplicando para niños adoptivo, termine el Paso 1 y continúe al Paso 4. Si usted está aplicando para ambos adoptivo y no adoptivo, continúe al Paso 2.

¿Hay algunos niños inmigrantes, que han huido de sus casas, sin hogar, o matriculados en Head Start? Si *Sí*, marque los encasillados correctos al lado del nombre del niño(a) y continúe al Paso 4.

#### Paso 2:

Usted cualifica para comidas gratis si usted vive en un hogar que recibe del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR).



¿Existen algunos miembros de su hogar, incluyendo usted, que actualmente reciban SNAP, TANF, o FDPIR? Si *Sí*, escriba el número del caso en el encasillado y continúe al Paso 4. Usted solo necesita proveer un número de caso. Si *No*, continúe al Paso 3.

**Paso 3:**

Reporte el ingreso actual para todos los miembros del hogar. Salte este paso si usted contestó *Sí* en el Paso 2.

¿Cómo usted reporta ingresos de su niño(a)? Vaya al reverso de su formulario y utilice la tabla de *Fuente de Ingreso para Niños* para ver si su hogar tiene ingresos que reportar. Escriba la cantidad en los encasillados en la parte A del formulario. Marque cuán a menudo la cantidad es obtenida. Escriba 0 en el encasillado si no hay ingresos que reportar.

¿Cómo usted reporta ingreso de los miembros adultos de su hogar? Vaya al reverso de su formulario y utilice la tabla de *Fuente de Ingreso para Adultos* para ver si su hogar tiene ingresos que reportar.

En la parte B, liste todos los adultos en su hogar, incluyendo usted, aunque ninguno de ustedes reciba ingresos. Incluya todos los adultos, tales como abuelos, otros parientes, y amigos que vivan con usted y compartan el ingreso del hogar y los gastos. Escriba la cantidad de ingreso que cada uno de ustedes recibe, en los encasillados al lado de sus nombres. Marque cuán a menudo se recibe la cantidad. Escriba 0 en el encasillado si no hay ingreso que reportar.

Asegúrese que usted reporta la cantidad de dinero actual que usted obtiene antes de los impuestos. No incluya SNAP, FDPIR, WIC, ayuda financiera estudiantil, o dinero que usted recibe por un hijo adoptivo como ingreso.

Cuente el número de niños y adultos en su hogar. Incluya todos los infantes, niños, estudiantes, y adultos. Escriba el total en el encasillado bajo la lista de miembros adultos en el hogar.

¿Tiene usted o algún otro miembro adulto de su hogar un número de seguro social? Escriba los últimos cuatro dígitos en los encasillados. Si no hay número de Seguro Social, marque el encasillado *Indique si no tiene SSN* (*Check if no SSN*).

**Puntos para recordar:**

<b>Si:</b>	<b>Entonces:</b>
<b>Su ingreso no siempre es el mismo</b>	Liste la cantidad de dinero que usted normalmente obtiene. Por ejemplo, no incluya pago de horas extras, si usted normalmente no lo cobra. Si su ingreso normalmente es más alto o más bajo, usted puede reportar el ingreso anual en vez.



<b>Su hogar incluye miembros que no son ciudadanos</b>	Usted o sus niños no tienen que ser ciudadanos americanos para cualificar para beneficios de comidas.
<b>Usted está en la milicia</b>	No incluya su Subsidio Suplementario de Subsistencia Familiar (FSSA), pago de combate, o el dinero que usted recibe por hogar privado. Si está desplegado, cuente la cantidad de pagos que está disponible para su hogar como ingreso.

#### **Paso 4:**

Un adulto miembro de su hogar debe firmar este formulario. El firmante promete que toda la información es verdadera y completa.

Escriba en letra de molde el nombre, dirección y teléfono o correo electrónico del adulto firmante. Firme y escriba la fecha de hoy en los encasillados marcados.

#### **Opcional**

Le preguntamos acerca de la etnicidad de sus niños para asegurarnos que hacemos lo mejor para servir a su comunidad. No es necesario proveer esta información. A usted no se le negarán beneficios en base a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento.

Los niños que obtienen comidas gratis o reducidas de precio del Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP) también pueden cualificar para un seguro de salud de bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (SCHIP).

Puede que compartamos la información de elegibilidad de CACFP de su niño(a) con Medicaid o con SCHIP, *a menos que usted nos indique que no*. Medicaid y SCHIP solo usan la información para saber si sus niños son elegibles para sus programas. Su personal puede contactarlo a usted para ofrecerle inscripción a sus niños en estos programas de seguro de salud.

Si usted **no desea** que nosotros compartamos su información con Medicaid o con SCHIP, llene esta página. Usted debe enviar esta página con su formulario de *Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comida de CACFP* cuando solicite. El enviar esta página no cambiará la elegibilidad de su niño(a) para comidas gratis o reducidas de precio.

**¡No! No deseo** que la información de elegibilidad de CACFP de mi niño(a) sea compartida con Medicaid o con SCHIP.

*Si marcó que no, llene lo siguiente:*



Nombre del niño(a):

---

Nombre del niño(a)::

---

Nombre del niño(a):

---

Nombre del niño(a):

---

Fecha de hoy:

---

Escriba su nombre (en letra de molde):

---

Dirección:

---

Firma de Padre o Tutor:

---

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, favor contactar a 774-999-0934 or at [ckaftan@tlcdeaf.org](mailto:ckaftan@tlcdeaf.org).

Sinceramente,

Chris Kaftan  
Director of Student Services  
The Learning Center for the Deaf