



Child Development Health & Nutrition Inc PO Box 1064 Lakeville MA 02347

Estimado Proveedor:

Para calificar para el reembolso de Nivel I, o si desea recibir un reembolso por las comidas servidas a sus propios hijos bajo el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (CACFP), debe completar, firmar y devolvernos el Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas.

- 1. ¿Cómo puedo calificar para el reembolso de Nivel I para las comidas servidas a niños inscritos en mi casa?** Usted debe(a) vivir en un área que es elegible basado en necesidad económica según lo determinado por la matrícula escolar o los datos del censo, o(b) determinar la necesidad económica a través de la información proporcionada en el Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas.
- 2. ¿Quién determina mi elegibilidad como un hogar de cuidado de Nivel I?** Nuestra oficina será quien determine su elegibilidad. Nosotros vamos a utilizar la información que proporcione en el Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas. Asegúrese de completar y firmar el formulario, informe todos los ingresos del hogar (no sólo los ingresos del negocio del cuidado familiar en el hogar), y proporcionar un registro adecuado de sus ingresos. **Envíe el formulario lleno y otros documentos a: CDHN PO Box 1064 Lakeville, MA 02347 teléfono 1-800-232-7634**
- 3. ¿Qué tipo de registros debo presentar con mi Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas?** Si usted operó un negocio de cuidado familiar en casa el año pasado, adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente, incluyendo el Anexo C. Si su declaración de impuestos más reciente y el Anexo C ya no son indicativos de su ingreso, usted puede presentar la documentación de sus ingresos y gastos actuales. Incluya declaraciones de pago del trabajo y otras formas de ingresos. Los documentos que usted envíe deben mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que se recibió, cuánto fue recibido, y la frecuencia con que los recibieron.
- 4. ¿Cómo puedo obtener un reembolso por las comidas servidas a mis propios hijos?** Usted está obligado por ley a completar este formulario si desea solicitar comidas que se sirven a sus propios hijos. Incluso si usted vive en un área identificada como una de las necesidades económicas, o ya ha sido clasificado como nivel I en casa, usted debe completar este formulario. Nuestra oficina podría verificar la información de ingresos que envíe.
- 5. Si yo no vivo en un área de necesidad económica o no quiero enviar el Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Beneficios de Comidas, ¿cuáles son mis opciones para reembolso?** Usted recibirá tasas más bajas de reembolso por las comidas servidas a los niños inscritos en su cuidado familiar.
- 6. ¿La información que doy será verificada?** Tal vez. Podemos pedirle que envíe prueba escrita para verificar la información que ha presentado en el formulario. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que complete en este formulario?** Usted debe hablar con su organización patrocinadora.
- 7. ¿A quién debo incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas en su hogar (tales como abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted) Usted debe incluirse a sí mismo y todos sus hijos que viven con usted.
- 8. ¿Cómo puedo informar sobre los ingresos y los cambios en mi situación laboral?** Los ingresos que reporte debe ser el ingreso total bruto según la fuente enumerada que haya recibido cada miembro del hogar el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan con precisión su situación, puede proporcionar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no han ocurrido cambios significativos, es posible utilizar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta proyección. Si su ingreso familiar es igual o menor a las cantidades indicadas para el tamaño de su hogar en la Tabla de Ingresos que se adjunta, el hogar de cuidado recibirá un mayor nivel de reembolso. Una vez debidamente aprobados para la tasa de reembolso superior, ya sea a través de ingreso o por proporcionar el número de caso de (SNAP)(anteriormente Cupones de Alimentos), o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas con Hijos Dependientes (TANF) , o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) usted seguirá siendo elegible para los beneficios por un período no superior a 12 meses. Debería, sin embargo, notificarnos si usted o alguien en su hogar pierden su empleo y la pérdida de ingresos por desempleo hace que su ingreso familiar esté dentro de las normas de elegibilidad.
- 9. ¿Puedo llenar un formulario si alguien en mi hogar no es ciudadano de EE.UU.?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de EE.UU.
- 10. ¿Qué pasa si tengo hijos de crianza?** Niños de crianza temporal son elegibles para recibir comidas gratis sin importar su personal o los ingresos de los hogares en donde residen. Las familias que deseen solicitar estos beneficios para los niños de crianza temporal deben ponerse en contacto con **CDHN at PO BOX 1064, Lakeville, MA 02347 teléfono (1-800-232-7634)**. Además, niños de crianza temporal pueden ser incluidos como miembros de la familia para determinar la elegibilidad de los otros niños en el hogar para comidas gratis o reducidas.
- 11. Estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir nuestra vivienda y subsidios complementarios como ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares y recibe el Subsidio Suplementario de Subsistencia Familiar, no incluya estos subsidios como ingreso. Además, en lo que respecta a los miembros del servicio desplegados, solo la parte de los ingresos de un miembro del servicio desplegado que hayan puesto a disposición de ellos o en su nombre se contabilizará como un ingreso para el hogar. El Pago por Combate, incluido el Pago de Incentivo por Extensión de Implementación (DEIP) también se excluye y no se contará como ingreso para el hogar. Todos los otros suplementos deben ser incluidos en su ingreso bruto.

En la operación del CACFP, ninguna persona será discriminada por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, llame al (1-800-232-7634).

Sinceramente,

DESE/CACFP Formulario de Elegibilidad de Ingreso para Beneficios de Comidas
Carta al proveedor (Nivel I o los propios hijos del proveedor)

Julio 2019



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA BENEFICIOS DE COMIDAS DEL CACFP (Cuidado Familiar)

Siga estas instrucciones, si su hogar recibe SNAP, TAFDC o participa en Head Start o no tiene hogar:

Parte 1: Liste todos los niños inscritos y miembros del hogar.

Parte 2: Para guarderías familiares, liste el nombre del participante y un número de caso SNAP, TAFDC o indique la participación de Head Start o la falta de vivienda. El número SNAP correcto no se encuentra en la tarjeta EBT de los participantes, sino en la carta de concesión que recibe el participante.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguridad Social **no** son necesarios

Parte 5: Responda esta pregunta si usted elige.

Si está solicitando en nombre de un NIÑO DE CRIANZA, use una solicitud por separado para cada niño de crianza y siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños que está solicitando son hijos de crianza, o si solo está solicitando beneficios para el niño de crianza:

Parte 1: Listar el nombre de todos los niños de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Por favor comuníquese con nosotros al 1-800-232-7634

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. El número de Seguro Social **no** es necesario.

Parte 5: Responda esta pregunta si usted elige.

Si algunos de los niños en el hogar son niños de crianza temporal.

Parte 1: Lista de todos los niños matriculados y los miembros del hogar. Para cualquier persona, incluyendo niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla "Caja de No Ingreso " Marque la casilla si el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso, omitir esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar para este mes o el mes pasado.

Columna A – Nombre: Listar el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su casa, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Usted debe incluirse a sí mismo y todos los niños que viven con usted. Use una hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingresos Brutos y con qué Frecuencia se Recibió: Para cada miembro de la familia, enumere cada tipo de ingreso recibido para el mes. Debe indicarnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Caja 1: Enumere el **ingreso bruto**, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Deberías poder encontrarlo en tu comprobante o tu jefe puede decírtelo.

Caja 2: Listar la cantidad que cada persona que recibió por el mes asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimenticia.

Caja 3: Lista de jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), (VA) Beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad.

Caja 4: Enumere **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS**, incluida la Compensación al trabajador, el desempleo, los beneficios de huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. **SÓLO** para los trabajadores por cuenta propia, informe el ingreso después de los gastos en la Caja 1. La Caja 4 es para su negocio, finca o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios educativos Federales. Si está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya este subsidio de vivienda como ingreso.

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social o marcar el casillero si no tiene uno.

Parte 5: Responda esta pregunta si usted elige.



**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE
ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA BENEFICIOS DE COMIDAS DEL CACFP
(Cuidado Familiar)**

TODOS LOS DEMÁS HOGARES siguen estas instrucciones:

Parte 1: Enumere todos los niños inscritos y los miembros del hogar. Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "No ingresos".

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o el mes pasado.

Columna A – Nombre: Listar el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su casa, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Usted debe incluirse a sí mismo y todos los niños que viven con usted. Use una hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingresos Brutos y con qué Frecuencia se Recibió: Para cada miembro de la familia, enumere cada tipo de ingreso recibido para el mes. Debe indicarnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Caja 1: Enumere el **ingreso bruto**, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Deberías poder encontrarlo en tu comprobante o tu jefe puede decírtelo.

Caja 2: Listar la cantidad que cada persona que recibió por el mes asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimenticia.

Caja 3: Lista de jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), (VA) Beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad.

Caja 4: Enumere **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS**, incluida la Compensación al trabajador, el desempleo, los beneficios de huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. **SÓLO** para los trabajadores por cuenta propia, informe el ingreso después de los gastos en la Caja 1. La Caja 4 es para su negocio, finca o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios educativos Federales. Si está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya este subsidio de vivienda como ingreso.

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social o marcar el casillero si no tiene uno.

Parte 5: Responda esta pregunta si usted elige.

Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado Familiar)

Parte 1. Todos los miembros del hogar				
Nombre del Niño(s) Inscrito(s):				
Nombres de todos los miembros del hogar (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	COMPROBAR SI ES UN NIÑO DE CRIANZA (LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR O DE UN TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS ENUMERADOS A CONTINUACIÓN SON HIJOS DE CRIANZA, PASE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.			MARCAR SI NO HAY INGRESOS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar que recibió asistencia en efectivo de SNAP o TAFDC, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios o indique Head Start o la falta de vivienda. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la parte 3. NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____				
Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar: Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia				
A. Nombre (Enumere solo a los miembros del hogar con ingresos) (Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y con qué frecuencia fue recibido			
	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones	2. Asistencia Social, manutención infantil, pensión alimenticia	3. Pensión de jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	4. Otros ingresos
	\$200/semanal	\$150/dos veces al mes	\$100/mensual	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
Parte 4. Firma y los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar) Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario. Si la parte 3 se completa, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la caja "No tengo un número de Seguro Social". (Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.) <i>Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la guardería recibirá fondos federales en función de la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas puede perder los beneficios de la comida, y puede ser procesado.</i>				
Firmar aquí: _____	Imprimir el Nombre: _____			
Fecha: _____				
Dirección: _____	Número de teléfono: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____		
Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social: * * * - * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguridad Social				



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA BENEFICIOS DE COMIDAS (Cuidado Familiar)

Parte 5. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)	
Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:
<input type="checkbox"/> Hispano ó Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ó Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
No llene esta parte. Esto es solo 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: <input type="checkbox"/> Semana, <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas, <input type="checkbox"/> Dos veces al mes, <input type="checkbox"/> Mes, <input type="checkbox"/> Año Tamaño del hogar: _____	
Elegibilidad categórica: ___ Elegible: _____ No elegible: _____ Nivel I _____ Nivel II _____	
Motivo: _____	
Determinación de la Firma del Oficial: _____ Fecha: _____	
Confirmando la Firma del Oficial: _____ Fecha: _____	

El niño en la guardería o el proveedor puede calificar para el reembolso de Nivel 1 si el ingreso familiar cae dentro de los límites de esta tabla.

A partir del 1 de julio 2018 al 30 de junio 2019	
Tamaño del Hogar	Anual
1	23,107
2	31,284
3	39,461
4	47,638
5	55,815
6	63,992
7	72,169
8	80,346
Cada persona adicional:	+ 8,177

Acta de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que brinde la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratuitas ó a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de Seguro Social no es obligatorio cuando presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o incluye un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR). el participante u otro identificador (FDPIR) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, y para la administración y aplicación del Programa.

Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completada al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
 Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690 - 7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.
 Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



COMPARTIR INFORMACIÓN CON MEDICAID / CHIP

Estimado Padre / Tutor:

Si sus hijos califican para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, también pueden obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP). Los niños con seguro médico son más propensos a recibir atención médica regular y es menos probable que se enfermen.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite decirle a Medicaid y CHIP que sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, a menos que usted nos indique que no lo hagamos.** Medicaid y CHIP solo usan la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden contactarlo para ofrecer inscribir a sus hijos en este programa de seguro de salud. Llenar el Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Beneficios de Comidas de CACFP no inscribe automáticamente a sus hijos en el seguro de salud.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o CHIP, complete el siguiente formulario y envíelo con su Formulario de Elegibilidad de Ingresos a **CDHN PO Box 1064 Lakeville MA 02347 antes del día 25 del mes en el que desea presentar su solicitud.** (Enviar de esta forma no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis ó a precio reducido).

¡No! NO QUIERO que se comparta la información de mi Formulario de Elegibilidad de Ingresos de Comidas de CACFP con Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si marcó no, complete el formulario a continuación.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha de Hoy: _____

Imprima su nombre: _____

Dirección: _____

Para más información, puede llamar a CDHN al **1-800-232-7634**

INFORMACIÓN DE MASSHEALTH

Si su hijo es elegible para comidas gratis ó reducidas en la escuela, su hijo también puede ser elegible para **seguro de salud gratuito o de bajo costo** a través de MassHealth.

Para aprender más llame: 1-800-841-2900



Covering Kids

