

Estimado/a Proveedor/a:

Para calificar para los reembolsos de Nivel 1, o si usted quiere recibir reembolso para comidas servidas a sus propios niños bajo el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EU, usted tiene que completar, firmar y devolvernos el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para Proveedor/a.

1. ¿Como califico para los reembolsos del Nivel 1 para las comidas servidas a los niños registrados en mi negocio de cuidado de niños en el hogar? Usted tiene (a) que vivir en una área que sea elegible basado en la necesidad económica como es determinado por la participación de la escuela o los datos de censo, o (b) establecer necesidad económica por medio de la información provista en el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso para Proveedor adjunto.

2. ¿Quien determina mi elegibilidad como un hogar de Nivel 1? Nuestra oficina determina su estatus de elegibilidad. Nosotros usaremos esta información que usted provee en el formulario para beneficios de alimentos. Asegurase de completar y firmar el formulario: reportar todos los ingresos del hogar (no solo su ingreso del negocio de cuidado de niños); y proveer los registros apropiados de su ingreso. **Devuelva el formulario completado y otros papeles a: Yours for Children, Inc., 303-313 Washington St., Auburn MA 01501.**

3. ¿Que tipo de expedientes debo someter con mi formulario para beneficios de alimentos? Si usted administro un negocio de cuidado de niños el hogar el año pasado, sujete una copia de su planilla de impuestos más reciente, incluso del Schedule C. Si su más reciente planilla de impuestos y la forma de Schedule C ya no indican su ingreso usted puede enviar documentación de su más reciente ingreso y gastos. Para hacer eso, incluya talonarios de pagos del trabajo y otras formas de ingresos. Los documentos que usted envíe deben enseñar el nombre de la persona que recibió los ingresos, la fecha en la cual fue recibida, la cantidad recibida, y la frecuencia en la cual fue recibida.

4. ¿Como reembolsarán por las comidas para mis propios niños? Usted es requerido por ley completar este formulario si usted quiere reclamar comidas servidas a sus propios niños. Aun usted viva en una área identificada de necesidad económica, o usted ya ha sido clasificado como un hogar de Nivel 1, usted tiene que completar este formulario. Nuestra oficina puede verificar la información de ingresos que usted someta.

5. Si yo no vivo en un área de necesidad económica o no quiero someter el Formulario para Beneficios de Alimentos por Ingreso, ¿cuales son mis opciones para reembolso? Usted recibirá los precios más bajos de reembolsos para las comidas servidas a los niños registrados en su negocio de cuidado de niños en el hogar.

6. ¿La información que yo provea será verificada? Quizá. Nosotros podemos pedirle a usted que envíe pruebas escritas para verificar la información que usted sometió en el formulario. **¿Y si yo no estoy de acuerdo con la decisión basada en la información que yo suministre en este formulario?** Usted debe hablar con su patrocinador.

7. ¿Quién debo incluir como miembro de mi hogar? Usted tiene que incluir a todas las personas en su hogar (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) los cuales comparten ingresos y gastos. Usted tiene que incluir a sí mismo y todos los niños que viven con usted.

8. ¿Como reporto información acerca ingresos y cambios en el estatus de empleo? El ingreso que usted debe reportar tiene que ser el total bruto por origen recibido el mes anterior para cada miembro del hogar. Si el ingreso del mes anterior no refleja precisamente sus circunstancias, usted puede proveer una proyección de su ingreso mensual. Si no ocurrió un cambio significativo, usted puede usar el ingreso del mes anterior como base de su proyección. Si el total del ingreso del hogar es igual o meno que la cantidad indicada para el tamaño de su hogar en la tabla de ingresos adjunto, usted recibirá el nivel de pagos más alto de reembolsos. Después de ser aprobado apropiadamente para beneficios gratis o reducidos, sea a base de ingreso o pruebas de beneficios tales como un numero de caso actual de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (anteriormente conocido como Estampillas de Alimentos), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), usted continuara ser elegible para esos beneficios por un periodo que no exceda 12 meses. Usted debe, tal vez, notificarnos si usted o cualquier persona en su hogar es desempleado y la perdida de ingreso durante el periodo de desempleo resulta que el ingreso de su hogar este entre las normas de elegibilidad.

9. ¿Puedo completar este formulario si cualquier persona en mi hogar no es un ciudadano de los EU? Si. Usted o sus niños no tienen que ser ciudadanos de los EU.

10. ¿Y si tengo un niño foster? Niños foster son elegibles para comidas gratis sin tomar en cuenta de su ingreso personal o el ingreso del hogar en donde el niño vive. Los hogares que desean aplicar para beneficios para niños foster deben contactar a la **Directora Ejecutiva, Yours for Children, Inc, 303-313 Washington St., Auburn MA 01501, 800.222.2731.** En adición, los niños foster pueden ser incluidos como miembros del hogar para determinar la elegibilidad de otros niños en el hogar para comidas de precios gratis o reducidos.

11. Nosotros estamos en las fuerzas armadas. ¿Es necesario incluir nuestro ingreso autorizado para vivienda como ingreso? Si su vivienda es parte de su Military Housing Privatization Initiative y usted recibe Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya este ingreso. En cuanto, miembros del servicio desplegados, solo la porción disponible al hogar será contada como ingreso. Combat Pay, incluso de Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) también es excluido y no puede ser contado como ingreso del hogar. Todos otros ingresos tienen que ser incluidos en su ingreso total bruto.

En la operación del CACFP, ninguna persona será discriminada a base de raza, color, origen de nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.

Si usted tiene otras preguntas o necesita asistencia, llame a **800.222.2731.**

Sinceramente,

Yours for Children, Inc.

July 2017

ESE/CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form
Letter to Provider (Tier 1 or Provider's Own Children)
Page 1 of 1

YFCI Revised July 2018



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO (Cuidado de Niños en el Hogar)

Siga estas instrucciones, si su hogar recibe SNAP, TAFDC o participa en Head Start o es indigente:

Parte 1: Ponga en lista todos los niños residenciales registrados y los miembros del hogar.

Parte 2: Para Cuidado de niños en el hogar, liste los nombres de los participantes y el número de caso del SNAP, TAFDC, o indica participación en Head Start o es indigente. El número que está en la tarjeta de EBT no es el número que necesitamos, pero si esta en la carta que le envían a usted de aprobación de los beneficios.

Parte 3: Continúe a la siguiente parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro números de su Seguro Social **no es** necesario.

Parte 5: Conteste esta pregunta si usted desea.

Si usted esta aplicando de parte de un NIÑO FOSTER, use un formulario separado para cada niño foster y siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños que usted esta aplicando son niños fosters, o si solo esta aplicando para el niño foster

Parte 1: Ponga en lista todos los fosters. Marque la caja indicando que el niño es un niño foster.

Parte 2: Por favor de contactarnos al 1-800-222-2731.

Parte 3: Continúe a la siguiente parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro números de su Seguro Social **no es** necesario.

Parte 5: Conteste esta pregunta si usted desea.

Si algunos de estos niños en el hogar son niños Foster.

Parte 1: Ponga en lista todos los niños residenciales registrados y los miembros del hogar. Para cualquier persona, incluso de los niños pequeños sin ingreso, marque la caja "No Ingreso". Marque el cuadro si el niño es un niño foster.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso, continúe a la siguiente parte.

Parte 3: Siga esta instrucciones para reportar el ingreso total del hogar para ese mes o mes anterior.

Columna A – Nombre: Solo ponga en lista el primer nombre y apellido de **cada** persona que tiene un ingreso, y que compartan ingresos y gastos, familiares o no (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted). Incluya su nombre y todos los niños que viven con usted. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido: Por cada miembro del hogar, ponga en lista el tipo de ingreso recibido para el mes. Usted tiene que indicar si es recibido – semanal, cada otra semana, quincenal, o mensual.

Caja 1: Ponga en lista el **ingreso bruto**, no el ingreso neto. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. La cantidad debe estar en su comprobante o su empleador le puede decir.

Caja 2: Ponga en lista la cantidad que cada persona recibió de asistencia social, pensión para niños y pensión alimenticia para el mes.

Caja 3: Ponga en lista la cantidad recibida de retiros, Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), beneficios de veteranos (VA), y beneficios por incapacidad.

Caja 4: Ponga en lista **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS** incluso de compensación por trabajador, desempleo, beneficios por huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, y cualquier otro ingreso. **SOLO** para empleados por sí mismo, reporte el ingreso después de gastos en la caja 1. La caja 4 es solo para su negocio, finca, o rentas de propiedad. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios federales para educación. Si usted participa en el Military Housing Privatization Initiative o recibe pagos por servicios desplegados, no incluya ingreso de vivienda como ingreso.

Parte 4: Un adulto del hogar tiene que firmar el formulario y poner en lista los cuatro últimos números de su Seguro Social o marque el cuadro si usted no tiene un número.

Parte 5: Conteste la pregunta si usted desea.



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO (Cuidado de Niños en el Hogar)

TODOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR siga estas instrucciones:

Parte 1: Ponga en lista todos los niños y miembros del hogar. Por cualquier persona, incluso de niños sin ingreso, usted tiene que marcar el cuadro indicando “No Ingreso”.

Parte 2: Continúe a la siguiente parte.

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

Columna A – Nombre: Ponga en lista solo el primer nombre y apellido de **cada** persona que tiene un ingreso, vive en el hogar y comparte los ingresos y gastos, relacionado o no (tales como los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted). Incluya su nombre y todos los niños que viven con usted. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna B – Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido: Por cada miembro del hogar, ponga en lista el tipo de ingreso recibido para el mes. Usted tiene que indicar si es recibido – semanal, cada otra semana, quincenal, o mensual.

Cuadro 1: Ponga en lista el **ingreso bruto**, no el ingreso neto. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. La cantidad debe estar en su comprobante o su empleador le puede decir.

Cuadro 2: Ponga en lista la cantidad que cada persona recibió de asistencia social, pensión para niños y pensión alimenticia para el mes.

Cuadro 3: Ponga en lista la cantidad recibida de retiros, Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), beneficios de veteranos (VA), y beneficios por incapacidad.

Cuadro 4: Ponga en lista **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE INGRESOS** incluso de compensación por trabajador, desempleo, beneficios por huelgas, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, y cualquier otro ingreso. **SOLO** para empleados por sí mismo, reporte el ingreso después de gastos en el Cuadro 1. El Cuadro 4 es solo para su negocio, finca, o rentas de propiedad. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios federales para educación. Si usted participa en el Military Housing Privatization Initiative o recibe pagos por combat pay, no incluya este estipendio para vivienda como ingreso.

Parte 5: Conteste la pregunta si usted desea.

Acta de Declaración de Privacidad: Esto explica como nosotros usamos la información usted nos provee.

Declaración de no-discriminación: Esto explica lo que usted debe hacer si usted cree que usted fue tratado injustamente.



FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO

NOMBRE DE PROVEEDOR/A: _____ # DE YFCI: _____

Parte 1. Todos los miembros del hogar **FAVOR DE USAR LETRAS EN MOLDE**

A. Nombre de su propio niño(a) residencial registrado:

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

B. Nombres de todos los miembros del hogar (Primer, inicial del medio, apellido)	MARQUE CON UNA (√) SI ES UN NIÑO FOSTER (RESPONSABILIDAD LEGAL ES DE SERVICIOS SOCIALES O LA CORTE) * SI TODOS LOS NIÑOS EN LISTA SON NIÑOS FOSTER, CONTINUE A LA PARTE 4 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE (√) SI NO HAY INGRESO
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe SNAP o dinero en efectivo de TAFDC, provea el nombre y # del caso para la persona que recibe el beneficio o indica de Head Start o es indigente. **Si nadie recibe estos beneficios, continúe a la Parte 3.**

NOMBRE: _____ # DEL CASO: _____

(Numero de identificación de la carta enviada, no de la tarjeta de EBT solamente aplica para SNAP y TAFDC.)

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar — Usted tiene que indicar la cantidad y la frecuencia en la cual es recibido.

A. Nombre (Solo liste los miembros del hogar con ingreso) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y la frecuencia en la cual es recibido			
	1. Ganancias de trabajo antes de deducciones	2. Servicios sociales, pensión de niños, pensión alimenticio	3. Pensiones, retiro, Seguro Social, SSI, beneficios de veteranos	4. Todos otros ingresos
	\$200/semanal	\$150/dos veces al mes	\$100/mensual	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

Parte 4. Firma y 4 últimos números del Seguro Social (Adulto tiene que firmar)

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar este formulario. **Si la Parte 3 es completada, el adulto firmando el formulario también tiene que anotar sus cuatros últimos números de Seguro Social o marcar el cuadro “Yo no tengo un número de Seguro Social”.** (Vea el Acta de Declaración de Privacidad en la parte detrás de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es cierta y que todos los ingresos son reportados. Yo entiendo que el negocio de cuidado de niños en el hogar recibirá fondos federales a base a la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales del CACFP pueden verificar esta información. Yo entiendo que si yo doy información falsa, el participante recibiendo comidas puede perder los beneficios de comidas y ser expuesto a acciones legales.

Firme aquí: _____ Nombre en molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Ultimo cuatro números de Seguro Social: * * * - * * - _____ Yo no tengo un número de Seguro Social



FORMULARIO PARA BENEFICIOS DE ALIMENTOS DEL CACFP POR INGRESO

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

Marque una identidad étnica:		Marque uno o más identidades raciales:	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas Pacifico	
	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano		

No complete esta parte. Esto es solo para uso oficial.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Eligible: _____ Not Eligible: _____ Tier I _____ Tier II _____

Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

El niño de su programa de cuidado diurno o el proveedor puede calificar para el reembolso de Nivel 1 si el ingreso familiar cae dentro de los límites de esta tabla.

Efectivo Julio 1, 2018 hasta Junio 30, 2019	
Tamaño del hogar	Anualmente
1	22,459
2	30,451
3	38,443
4	46,435
5	54,427
6	62,419
7	70,411
8	78,403
Por cada persona adicional:	+ 7,992

Declaración del Acta de

Privacidad: La Acta Nacional de

Almuerzos Escolares de Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo provee, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o de precio reducido. Usted tiene que incluir el número de seguro social para el miembro adulto en el hogar que complete esta solicitud. El número de seguro social no es requerido cuando usted solicita de parte de un niño foster o si usted incluye un numero de caso para SNAP (Estampillas de Alimentos) o Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) cuando usted indica que el miembro del hogar adulto firmando esta solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos esta información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o de precio reducido, y para la administración y refuerzo del programa.

Declaración de no-discriminación: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

COMPARTIENDO INFORMACION CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Guardián:

Si sus niños califican para comidas gratis o de precios reducidos en la escuela, ellos también pueden ser elegibles para seguro médico gratis o de precio reducido por medio de Medicaid o el State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Los niños con seguro médico son más aptos a recibir cuidado de salud regular y son menos propensos a enfermarse.

Debido a que el seguro médico es tan importante al bienestar de los niños, **la ley permite que nosotros notifiquemos a Medicaid y SCHIP el hecho que sus niños son elegibles para comidas gratis o de precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo haga.**

Medicaid y SCHIP solo usan la información para identificar los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Pueda que los oficiales del programa se contacten con usted para ofrecer a registrar a su niño en este programa de seguro. Completar el formulario para elegibilidad para alimentos del CACFP no registra automáticamente a su niño en el programa de seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos su información con el Medicaid o SCHIP, llene este formulario abajo y envíelo con su formulario de beneficios de alimentos del CACFP por ingreso a YFCI, 303-313 Washington St., Auburn MA 01501. (Enviando este formulario no cambiará si sus niños recibirán comidas gratis o reducidos.)

¡No! Yo NO quiero que la información de mi formulario de elegibilidad del CACFP sea compartida con el Medicaid o con el State Children's Health Insurance Program.

Si usted marca no, complete el formulario abajo.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Para más información, usted puede llamar MassHealth al 1-800-841-2900.

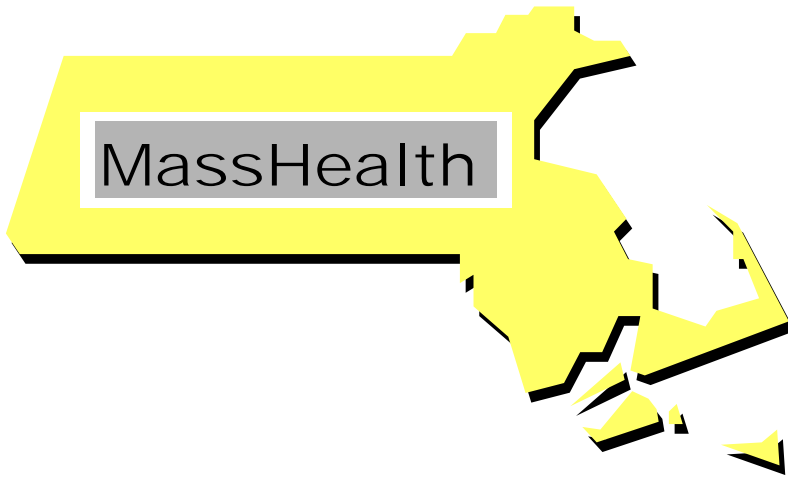
MASS HEALTH INFORMATION

If your child is eligible for free or reduced school meals, your child may also be eligible for

free or low cost health insurance

through MassHealth.

To learn more call: 1-800-841-2900



Si su niño es elegible para almuerzo gratis o reducido, su niño pueda ser elegible para

seguro de salud gratis o de bajo costo

por medio de MassHealth.

Para saber más, llame al: 1-800-841-2900

Covering Kids

