

**PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y ADULTOS EN GUARDERIAS**  
**Carta a los Hogares**



**Instrucción:** Esta carta debe acompañar la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos (IEA)

Estimado Padre/Guardián o participante de CACFP:

participa en el Programa de Alimentos para Niños y Adultos en Guarderías

(nombre de guardería)

(CACFP) administrado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP en completar, firmar y devolver la declaración adjunta lo más pronto posible. Esta información es necesaria para decidir el nivel de reembolso de CACFP su guardería recibe por las comidas servidas a los niños/adultos que participan en nuestro programa. Esta forma será tratada como información confidencial. Todos los participantes en nuestro programa reciben su comida de forma gratuita, pero la determinación de categoría de elegibilidad afecta la cantidad de fondos federales que recibimos.

Un niño adoptivo (Foster child) que es la responsabilidad de una agencia de bienestar o de una corte, y enrollado en nuestro programa, puede ser certificado como elegible para comidas gratuitas a pesar de los ingresos de su hogar. Refiérase por favor a las instrucciones en cómo completar el formulario de Aplicación de Elegibilidad de Ingresos.

\* SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program (anteriormente el Programa de Cupones de alimentos)

Si su hogar recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) y su niño está matriculado en un centro de guardería, solamente tiene que listar el número de caso y firmar y fechar la forma. Si su hogar recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP), o de Ingresos Suplementarios de la Seguridad (SSI), Medicaid o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) y un adulto en su casa es matriculado en un centro de guardería para adultos, solamente necesita listar su número de caso, firmar y fechar la forma. De lo contrario, un miembro adulto de casa debe completar la forma y revelar todos los ingresos familiares y por los nombres de todos los miembros del hogar. La persona que completa la forma debe firmar y debe proporcionar el número del seguro social y fechar la forma cuando fue completado. El Departamento de Agricultura define un hogar como un grupo de personas relacionados o no relacionados (no residentes de una institución) que vive como una unidad económica (es decir, compartiendo gastos de mantenimiento).

Los ingresos que usted reporta deben ser ingresos totales del mes pasado, para cada miembro del hogar. Si estos ingresos del mes no reflejan exactamente sus circunstancias, puede proporcionar sus ingresos anuales o puede utilizar los ingresos del año pasado si ningunos cambios significativos han ocurrido. Si los ingresos de su hogar son iguales o menos que las cantidades indicadas en el gráfico abajo para el número de personas en su hogar, su proveedor puede calificar para reembolso máximo.

**PAUTAS de ELEGIBILIDAD de INGRESOS**  
(Efectivo el 01 de Julio de 2019 y hasta el 30 de Junio de 2020)

| Personas en el hogar                  | para las comidas a precio reducido |         |         |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------|---------|
|                                       | Anual                              | Mensual | Semanal |
| 1                                     | 23,107                             | 1,926   | 445     |
| 2                                     | 31,284                             | 2,607   | 602     |
| 3                                     | 39,461                             | 3,289   | 759     |
| 4                                     | 47,638                             | 3,970   | 917     |
| 5                                     | 55,815                             | 4,652   | 1,074   |
| 6                                     | 63,992                             | 5,333   | 1,231   |
| 7                                     | 72,169                             | 6,015   | 1,388   |
| 8                                     | 80,346                             | 6,696   | 1,546   |
| Para cada familiar adicional añadida: | +8,177                             | +682    | +158    |

**Declaración de no Discriminación: Esto explica lo que debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente:** De acuerdo con la ley Federal y con políticas del Departamento de Agricultura de EE UU, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

En Nuevo México, el **Departamento de Niños, Juventud, y Familias** /la Oficina de Nutrición de Familiares (CYFD/FNB) es la Agencia estatal responsable por la administración del Programa de Alimentos Para Niños y Adultos en Guarderías. Para cualquier información o ayuda con respecto a la administración del programa, escriban a CYFD/Family Nutrition Bureau, P.O. Drawer 5160, 1920 Fifth Street, Santa Fe, New Mexico 87502-5160 o llamen al (505)827-9961, 1-(800)EAT-COOL.

Gracias para su cooperación.

Representante del patrocinador

Institución

Fecha



# FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA

Comidas gratuitas y precio rebajado en el Programa de Alimentación para Niños y Adultos

le asegura al Departamento de Niños, Juventud, y Familias, y el Servicio de La Niñez

(Nombre del Centro)

Temprana y al programa de Alimentos en el Cuidado de Niños y Adultos, que a todos los participantes registrados y en asistencia se les ofrecerán los mismos alimentos. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**INSTRUCCIONES:** Complete, firme y devuelva el formulario a la oficina patrocinadora

**\* Centro Cuidado de Niños:** Para pedir comidas **GRATUITAS** - Si usted recibe cupones para alimentos, o si recibe ayuda de el programa de la distribución de alimentos en reservaciones de indios (FDPIR), anote los nombres de niños, sus edades, sus fecha de nacimiento, el número de caso que prueba recibiendo cupones de alimentos o de "FDPIR", y firme la declaración. No LLENE todo el formulario.

**\*\* Centro Cuidado de Adultos:** Para pedir comidas **GRATUITAS** - Si el participante es de grupos familiares recibiendo cupones para alimentos, o si recibe servicios de seguro social, o medicaid, anote completo el nombre del adulto, el número de caso que prueba recibiendo cupones de alimentos, SSI, o de Medicaid, y firme el formulario. No LLENE todo el formulario.

| Nombre de Participante(s) (si es necesario conecte páginas) |           |                            |                      | Información de beneficio recibido (si es aplicable, marque la caja del beneficio y proporcione el número de caso requerido)        |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre:                                                     | Apellido: | Marque si es niño Adoptivo | Fecha de Nacimiento: | Edad                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             |           |                            | / /                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             |           |                            | / /                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             |           |                            | / /                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             |           |                            | / /                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             |           |                            |                      | * sólo para centros cuidado de niños (marque la caja)<br><input type="checkbox"/> Cupones Alimentos <input type="checkbox"/> FDPIR | ** sólo para centros cuidado de adultos (marque la caja)<br><input type="checkbox"/> Cupones Alimentos <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> MED |
|                                                             |           |                            |                      | * Número del Caso:                                                                                                                 | ** Número del Caso:                                                                                                                                                                             |

**Niño de Crianza (Adoptivo)** complete si el niño es de crianza (Adoptivo)

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque ☐ luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ \_\_\_\_\_ anote "0" si el niño no recibe ingreso personal.

| Miembros Familiar (Anote los nombres de todos los miembros del grupo familiar, inclúyase usted mismo, incluso si no tienen un ingreso los miembros) |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nombre:                                                                                                                                             | Apellido: |
|                                                                                                                                                     |           |
|                                                                                                                                                     |           |
|                                                                                                                                                     |           |

**Miembros Total:** \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|--|
| <b>Actual Ingresos</b> (Por favor anote el monto del ingreso que cada persona recibió antes de la deducción para los impuestos o de cualquier otro deducción y de donde provino, tal como sueldo, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Cada monto de los ingresos debe anotarse en la columna correspondiente.) |                                    |                   |  |
| Sueldo/Salario: \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Asistencia para hijos(Alimony): \$ | Seguro Social: \$ |  |
| Pensión/Jubilación: \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Desempleo: \$                      | Otros Ingreso: \$ |  |

**Si necesario,** convierta los ingresos múltiples a ingresos anuales (Multiplique ingresos semanales por 52, Cada dos semanas por 26, Mensualmente por 12)

**Ingresos Total:** \$ \_\_\_\_\_ ☐ **Semanal** ☐ **Mensual** ☐ **Anual** (Marque uno)

**Sanciones Por Falsedad:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, que el número de cupones para alimentos y de "FDPIR" u otro programa elegible es vigente, correcto o que se da cuenta de todos los ingresos. Entiendo que se da esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la instituciones pueden verificar la información en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

|                                |                                |                          |                                                                                                                              |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____                          | * * * - * * -                  | <input type="checkbox"/> | Si el Miembro Adulto que firma esta forma no tiene un Número de seguridad social, Marque esta caja. <input type="checkbox"/> |
| <b>Firma de Miembro Adulto</b> | <b>Número de Seguro Social</b> |                          | <b>Fecha</b>                                                                                                                 |

**Declaración del Acta de Privacidad:** Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando en el Centro Cuidado de Niños o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), si recibe servicios de seguro social, o medicaid asignados a los adultos cuales está solicitando en el Centro Cuidado de Adultos. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos o adultos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Para Uso Oficial Solamente

|                                               |                                            |                                                   |                                 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centro de los Niños: | <input type="checkbox"/> Aprobado Gratuito | <input type="checkbox"/> Aprobado Precio Rebajado | <input type="checkbox"/> Pagado |
| <input type="checkbox"/> Centro de Adultos:   |                                            |                                                   |                                 |

|       |                       |                            |                                     |
|-------|-----------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Fecha | Fecha de Desmatriculo | Organización Patrocinadora | Nombre de Persona Que Aprueba Forma |
|-------|-----------------------|----------------------------|-------------------------------------|