

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para niños)

**Siga estas instrucciones si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR:**

**Parte 1:** Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos.

**Parte 2:** Indique el número de elegibilidad de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciba beneficios SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. El número SNAP o TANF debe ser el #EDG de 9 o 8 dígitos que es asignado por HHSC.

**Parte 3:** Omite esta parte.

**Parte 4:** Omite esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. Los cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social no son necesarios.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si quiere.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si quiere.

**Si está presentando una solicitud en nombre de un NIÑO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:**

Si **todos** los niños para los que presenta la solicitud son niños de crianza, o si solamente está solicitando beneficios para el niño de crianza:

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

**Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Omite esta parte.

**Parte 4:** Omite esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. El Número de Seguro Social **no** es necesario.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si quiere.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si quiere.

Si algunos de los niños del hogar son niños de crianza.

**Parte 1:** Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de crianza.

**Parte 2:** Si el hogar no tiene un número de elegibilidad favor de omitir esta parte.

**Parte 3:** **Se aplica sólo a los padres/tutores de niños en Hogares de Guarderías de Nivel II.** Los patrocinadores deben entregar la *Lista de Programas con Financiación Federal / Estatal que Califican* (H1660), junto con este formulario a los hogares que tienen niños inscritos en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los padres/tutores pueden indicar el nombre del programa y el número según corresponda.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

**Columna A – Nombre:** Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

**Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron:** Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

**Casilla 1:** Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y **otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.**

**Casilla 2:** Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

**Casilla 3:** Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

**Casilla 4:** Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, TANF, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

**Parte 5:** El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si quiere.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si quiere.

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:**

**Parte 1:** Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos".

**Parte 2:** Omita esta parte.

**Parte 3:** Omita esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

**Columna A – Nombre:** Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos ( por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

**Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron:** Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

**Casilla 1:** Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.

**Casilla 2:** Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

**Casilla 3:** Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

**Casilla 4:** Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

**Parte 5:** El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si quiere.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si quiere.

**Declaración del Acta de Privacidad** Esto explica cómo utilizaremos la información que nos da.

**Declaración de No Discriminación:** Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente.

**Child and Adult Care Food  
Program Child Enrollment Form**

**Center Name:** \_\_\_\_\_

**ENROLLMENT FORM FOR CHILDREN IN CHILD CARE**

This document does not have to be completed for children in Emergency Shelters, Outside School Hours, and/or At-Risk programs. It is recommended to have new CACFP Annual Enrollment Forms completed each year during the Household Eligibility Application renewal period. Review completed enrollment form and enter the effective date in lower right hand section.

**PARENTS:** This institution participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives reimbursement to provide more nutritious meals for your child(ren). Federal CACFP regulations require all parents and guardians to complete a CACFP Annual Enrollment Form when enrolling their child(ren) and again every year thereafter. This information will help ensure all children receive appropriate meals during their care.

**Please complete all areas to include signing and dating same.**

FULL NAME OF ENROLLED CHILD (Include Birth Date/Age)	DAYS OF WEEK IN ATTENDANCE	TIMES CHILD NORMALLY ATTENDS DURING WEEK								MEALS RECEIVED
		TIME-IN			TIME OUT			TIME CHILD ATTENDS SCHOOL		
		AM	PM	TIME	AM	PM	TIME	LEAVES CENTER	RETURNS TO CENTER	
FIRST CHILD	<input type="checkbox"/> MONDAY <input type="checkbox"/> TUESDAY <input type="checkbox"/> WEDNESDAY <input type="checkbox"/> THURSDAY <input type="checkbox"/> FRIDAY <input type="checkbox"/> SATURDAY <input type="checkbox"/> SUNDAY									<input type="checkbox"/> BREAKFAST <input type="checkbox"/> A.M. SNACK <input type="checkbox"/> LUNCH <input type="checkbox"/> P.M. SNACK <input type="checkbox"/> SUPPER <input type="checkbox"/> EVENING SNACK
NAME		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other:								
BIRTH DATE										
AGE		<b>Enrollment Date:</b>				<b>Withdrawal Date:</b>				

**Signature**

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Telephone Number of Parent or Guardian*

CHILD CARE REPRESENTATIVE USE ONLY: _____ <i>Name of Representative/Signature</i>	_____ <i>Date</i>
The effective date can be made retroactive back to the first day the child participates in the CACFP as long as it occurs in the same month this form is received.	

**In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.**

**Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.**

**To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:**

(1) **mail:** 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; or

(3) **email:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

**This institution is an equal opportunity provider.**



# CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

## Part 1. All Household Members

Name of Enrolled Child(ren): \_\_\_\_\_

Names of all household members (First, Middle Initial, Last)	CHECK IF A FOSTER CHILD (THE LEGAL RESPONSIBILITY OF A WELFARE AGENCY OR COURT) * IF ALL CHILDREN LISTED BELOW ARE FOSTER CHILDREN, SKIP TO PART 5 TO SIGN THIS FORM.	CHECK IF NO INCOME
	<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"/>

**Part 2. Benefits:** If any member of your household receives SNAP, TANF, or FDPIR, provide the name and eligibility number for the person who receives benefits. **If no one receives these benefits, skip to part 3.**  
 NAME: \_\_\_\_\_ ELIGIBILITY NUMBER: \_\_\_\_\_

**Part 3. (Applies only to parents/guardians with children enrolled in a day care home)** If any member of your household receives benefits listed on the enclosed *List of Eligible Federal/State Funded Programs (H1660)*, provide the name of the program and eligibility number: NAME: \_\_\_\_\_ ELIGIBILITY NUMBER: \_\_\_\_\_  
 Check here if no eligibility number

## Part 4. Total Household Gross Income—You must tell us how much and how often

A. Name (List <b>only</b> household members with income) <i>(Example)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Gross income and how often it was received <b>Note:</b> Self-employed report income after expenses in box 1			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
	\$200/weekly _____	\$150/twice a month _____	\$100/monthly _____	\$200/bi-monthly _____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

## Part 5. Signature and Last Four Digits of Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign this form. **If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box.** (See Privacy Act Statement on the next page.)

*I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the center or day care home will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted.*

Sign here: \_\_\_\_\_ Print name: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Last four digits of Social Security Number: \* \* \* \* - \* \* \* - \_\_\_\_\_  I do not have a Social Security Number



## FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

### Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
<b>Nombre de todos los miembros del hogar</b> (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<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 recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: \_\_\_\_\_

**Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar)** Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: \_\_\_\_\_

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

### Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga <b>sólo</b> los miembros del hogar que tengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes_	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)**

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

*Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_ \_  Yo no tengo Número de Seguro Social

**Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)**

Anote una identidad étnica: \_\_\_\_\_ Anote una o más identidades raciales: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> hispano o latino     | <input type="checkbox"/> Asiático                   | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Blanco                     | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico       |
|   | <input type="checkbox"/> Negro o Africano-Americano |   |

**Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO**

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

**Sí** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

**No** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

**No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.**

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: \_\_\_\_\_ Por:  Semana,  Cada 2 semanas,  Dos veces por mes,  Mes,  Año Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Calificación categórica: \_\_\_\_ Fecha retirado: \_\_\_\_\_ Calificación: Gratuita \_\_\_\_ Reducida \_\_\_\_ Negada \_\_\_\_ Nivel I \_\_\_\_ Nivel II \_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que Decide: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que Confirma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Declaración del Acta de Privacidad**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal 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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.