

Estimado padre o tutor:

Su hijo está inscrito en una guardería en la que el proveedor de cuidados participa en el Programa de Alimentación para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés). La participación en el programa CACFP permite a su proveedor recibir reembolso por las comidas y las meriendas que le sirven a su hijo.

Existen dos niveles de reembolso (denominados Nivel 1 y Nivel 2) para las comidas que se sirven a los niños durante su permanencia en la guardería. A menos que llene la Solicitud de Elegibilidad según el nivel de ingresos que se adjunta y esta muestre que sus ingresos familiares reúnen los requisitos para la tasa de reembolso más alta (Nivel 1), su proveedor será compensado a una tasa más baja (Nivel 2). Se adjunta una Solicitud de Elegibilidad según el nivel de ingresos.

La información que se solicita en el formulario determina el reembolso que recibirá su proveedor de CACFP por las comidas servidas a su hijo. Si cree que su unidad familiar reúne los requisitos para las tasas del Nivel 1 (vea la tabla en el reverso de esta carta), le instamos a que llene la solicitud para que su proveedor pueda recibir las tasas de reembolso más altas por las comidas servidas.

Si decide llenar la solicitud, envíela a nuestra organización en el sobre que le ha sido proporcionado. No entregue el formulario a su proveedor. Toda la información de la solicitud será confidencial y no se compartirá con su proveedor. Esta información sólo se usará para determinar la tasa de reembolso que recibirá su proveedor por las comidas servidas a su niño.

La definición de unidad familiar es la siguiente: *familia* u *hogar* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una institución o pensión, pero que conviven como unidad económica. Los miembros de la familia que pierdan su empleo pueden ser elegibles para las tasas de reembolso del Nivel 1 durante el periodo de desempleo, siempre y cuando la pérdida de ingresos durante el periodo de desempleo haga que los ingresos familiares se encuentren dentro de los niveles de elegibilidad.

CACFP también ofrece elegibilidad automática para el reembolso de Nivel 1 y procedimientos de verificación simplificados para las familias que reciben Estampillas para Alimentos, beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) o para las *unidades de asistencia* que reciben prestaciones del programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), si se proporciona identificación apropiada o el número de caso. Si su familia ya no participa en los Programas de Estampillas para Alimentos o TANF, debe notificar al Representante del patrocinador inmediatamente. Consulte la lista adjunta de programas que convierten a su hijo en elegible para las tasas del Nivel 1.

Las leyes federales y las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíben a esta institución discriminar por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad (no todas las bases prohibidas aplican a todos los programas.) Para presentar una demanda por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz o dispositivo para personas sordas (TDD)). EL USDA es un proveedor y empleador equitativo.

Si tiene preguntas, comuníquese con _____ al _____
Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Representante de CACFP

**PAUTAS DE ELIGIBILIDAD SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS PARA EL NIVEL 1
(VIGENTES DESDE EL 1º de julio de 2007 AL 30 de junio de 2008)**

Tamaño de la unidad familiar	Ingresos de la unidad familiar (todas las fuentes)		
	Anuales	Mensuales	Semanales
1	18,889	1,575	364
2	25,327	2,111	488
3	31,765	2,648	611
4	38,203	3,184	735
5	44,641	3,721	859
6	51,079	4,257	983
7	57,517	4,794	1,107
8	63,955	5,330	1,230
Para cada miembro adicional de la familia	+6,438	+537	+124

FUENTES DE INGRESOS

Ingresos por empleo

Sueldos, salarios, propinas
Ayuda para la hipoteca durante huelgas
Compensación por desempleo
Compensación por accidente laboral
Ingresos netos por negocio propio o granja

Asistencia social/Manutención de hijos/Pensión alimenticia

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión alimenticia, pagos de manutención de hijos

Pensiones/Jubilación/Seguro Social

Pensiones (gubernamentales o privadas)
Ingresos adicionales por seguro
Ingresos por jubilación
Pagos a veteranos
Seguro social

Otros Ingresos

Beneficios por incapacidad
Efectivo retirado de cuentas de ahorro, intereses o dividendos
Ingresos por propiedades, fondos de inversiones, inversiones
Contribuciones habituales de personas que no residen en el hogar
Derechos de autor netos, rentas vitalicias
Ingresos netos de propiedades en alquiler
Otros ingresos

LISTADO DE PROGRAMAS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS POR CATEGORÍA¹

Programas federales de asistencia

Programas de Estampillas para Alimentos
Programa de Nutrición Suplementaria de WIC
Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)
Programa Head Start (plazas subvencionadas por el gobierno federal)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar – Comidas gratuitas/de costo reducido
Programa Alimenticio de Complemento (CSFP, por sus siglas en inglés)
Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias (FDPIR)
Medicaid

Programas estatales de asistencia

Programa de Asistencia para el Cuidado de los Niños
Programa de Asistencia para Cuidados Prenatales
Programa de Subsidio para Guarderías del Estado de Nueva York
Begin (sólo en la ciudad de Nueva York)
Programa de Subsidio para Servicios Sociales

¹Este listado se aplica a unidades familiares con niños participantes solamente en guarderías del Nivel 2. El listado de Programas estatales de asistencia se actualizará cuando sea necesario.

Envíelo a:

El Programa de Alimentación para Niños y Adultos exige la información de este formulario. Esta información no está relacionada con las cuotas que le pudieran cobrar el patrocinador, el proveedor o la institución. La información económica es para uso exclusivo del Programa de Alimentación para Niños y Adultos y se considera confidencial.

PARTE A

Nombre de la guardería _____

Nombre del niño en la guardería _____

Nombre del padre/tutor _____

Tel: _____ 2° tel.: _____

Dirección _____ Apt.Nº _____

Dirección de correo (si es diferente) _____ Apt Nº _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

¿Es el niño un hijo adoptivo? En caso afirmativo, indique los ingresos del niño aquí _____, después pase a la Parte C.

Escriba el nombre de TODOS los miembros de su unidad familiar empezando por usted.

Unidad familiar: grupo de personas que viven juntos, y comparten ingresos y gastos.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON USTED
1) _____		USTED
2) _____		
3) _____		
4) _____		
5) _____		
6) _____		

¿Alguna persona de su unidad familiar participa en programas de

- Estampillas para Alimentos Id. _____
- Medicaid Id. _____
- Asistencia Temporal/TANF Id. _____
- Almuerzo escolar gratuito/de costo reducido
- Head Start (sólo los que cumplan los requisitos de ingresos)

La participación en uno de estos programas puede cumplir los requisitos de CACFP. Si usted participa en uno de estos programas, marque el recuadro correspondiente, escriba su número de identificación y firme al dorso. Si ninguna persona de su unidad familiar participa en ninguno de estos programas, pase a la PARTE B al dorso.

PARTE B – Ingresos de la Unidad familiar – Incluya a todos los miembros de la unidad familiar y sus ingresos

Sueldos/salarios (bruto) – Escríbalo a continuación

Nombre del miembro de la unidad familiar	Salario bruto (mensual)
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Desempleo/Incapacidad _____

Trabajador por cuenta propia (Ingresos netos) _____

Otros, especifique _____

Otros incluye pensiones, jubilación, Seguro Social, pagos de asistencia social, pagos de manutención de los hijos y otras fuentes de ingresos

PARTE C – Certificado del padre/tutor

Después de leer las siguientes estipulaciones, firme al pie.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que esta información se presenta con el fin de recibir fondos federales, que los funcionarios correspondientes pueden verificar la información de la solicitud y que la falsedad intencionada de dicha información puede ser motivo de procesamiento según las leyes estatales y federales aplicables.

El artículo 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige que, a menos que se proporcione el número de caso de sus hijos de los programas de Estampillas para Alimentos, FDPRI o TANF, o a menos que se presente una declaración del programa Head Start sobre la elegibilidad según el nivel de ingresos o verificación de la elegibilidad según el nivel de ingresos, usted debe incluir el número de Seguro Social en la declaración. Este número de Seguro Social puede ser el del padre o tutor que sea el principal asalariado o el del miembro adulto de la unidad familiar que firme la declaración o una indicación de que ninguno de los dos miembros de la unidad familiar posee un número de Seguro Social. La declaración no se puede aprobar sin un número de Seguro Social o una indicación de que ni el asalariado principal ni el miembro adulto de la unidad familiar firmante tienen uno. El miembro de la unidad familiar cuyo número de Seguro Social se va a usar debe ser informado de esta notificación. El número de Seguro Social puede usarse para identificar al miembro de la unidad familiar con el fin de verificar la autenticidad de la información presentada en la declaración. Estas labores de verificación pueden llevarse a cabo mediante la revisión de programas, auditorías, investigaciones y pueden implicar tomar contacto con empleadores para determinar los ingresos, con la oficina distribuidora de estampillas para alimentos o de asistencia social para comprobar la certificación actual para el recibo de Estampillas para Alimentos o de beneficios de TANF, con la Oficina Estatal del Seguro Social para comprobar el monto de los beneficios recibidos y examinar la documentación presentada por el miembro de la unidad familiar para probar la cantidad de ingresos recibidos. Estas labores pueden ocasionar una pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos o procesos judiciales en caso de haber presentado información incorrecta.

Nombre del adulto en letra de imprenta _____

Número de Seguro Social del asalariado principal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del adulto _____

Fecha en la que firmó el padre _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR

Número de acuerdo del patrocinador _____

Número total de miembros de la unidad familiar _____

Total de ingresos de la unidad familiar _____

Nivel 1 _____ Nivel 2 _____

Verificación o motivo _____

Firma del patrocinador
Funcionario que toma la decisión _____

Fecha en la que se tomó la decisión ____/____/____