

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

**Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start**

Consulte las instrucciones en *Instrucciones para la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso para Centros de Cuidados Infantiles y Head Start*.

**Parte 1 — Información del niño**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año): \_\_\_\_\_

**Días normales de cuidado del niño** (Marque todos los días aplicables):

lunes  martes  miércoles  jueves  viernes  sábado  domingo

**Horario normal de cuidado del niño** (Escriba la hora y circule AM o PM):

\_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM y \_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM

**Servicios normales de comidas provistas al niño** (Marque todas las comidas/bocadillos aplicables):

Desayuno  Merienda AM  Almuerzo  Merienda PM  Cena  Merienda noche

**Parte 2A — Participantes categóricamente elegibles sin cargo para beneficios CACFP**

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No complete** la parte 2B.

Nº de caso SNAP: \_\_\_\_\_ Nº de caso TFA: \_\_\_\_\_ Marque si hay hijos de crianza:

**Parte 2B — Todas las demás familias**

Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

Nombres de todos los miembros de la familia <i>Añote cada persona en el hogar, incluyendo el/la niño/a mostrado/a en la parte 1 arriba</i>	Ingreso bruto y frecuencia de cobro: Indique si el ingreso se recibe mensualmente, dos veces por mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el <b>monto del ingreso</b> en el casillero de la frecuencia que corresponda. Usted <b>debe</b> colocar el ingreso en el casillero correspondiente a la frecuencia adecuada.											
	Ingresos de su empleo (antes de las deducciones) – empleo 1				Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de niños				Pensiones/jubilación/seguro social/otros ingresos			
Nombres	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juana López	\$200					\$134						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

**Parte 3 — Información de contacto, firma y número de seguro social**

Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** este formulario para que pueda ser aprobado.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

Nombre de adulto: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Nº de Seguro Social (SSN): XXX-XX- \_\_\_\_\_  No tengo un SSN

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

# Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

## Parte 4 — Identidad étnica y racial (opcional) *No se le requiere completar esta parte.*

### Origen Étnico (Marque uno):

- Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino

### Raza (Marque uno o más):

- Asiático  
 Blanco  
 Negro o Afroamericano

- Indígena Americano o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: [How to File a 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.



Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del [CACFP](#) del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el [personal del CACFP](#) en la Oficina de Salud/Nutrición, Servicios Familiares y Educación para Adultos del CSDE, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en [https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/Income\\_Eligibility\\_Application\\_CACFP\\_Centers\\_Spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/Income_Eligibility_Application_CACFP_Centers_Spanish.pdf).

### *Solo para uso del patrocinador. No escriba después de esta línea.*

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso total familiar: \$ \_\_\_\_\_ Numero de familia: \_\_\_\_\_   Hogar SNAP/TFA  Hijo de crianza

Elegible Gratuito  Elegible Reducido  Ingreso Mayor

Oficial de elegibilidad del patrocinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Firma*