

Formulario de Elegibilidad de Ingresos del Centro de Cuidado Adultos del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) 2024-2025

Nombre del centro: _____ Las instrucciones adicionales para completar este formulario se encuentran al dorso de esta hoja. Si tiene preguntas, comuníquese con el Director del Centro para obtener ayuda.

Indique el Nombre completo (nombre y apellido) del Participante que asiste al centro y su Fecha de nacimiento. Si el participante recibe Medicaid o SSI, indique el número a continuación.				Indique el Nombre completo (nombre y apellido) del Participante que asiste al centro y su Fecha de nacimiento. Si el participante recibe Medicaid o SSI, indique el número a continuación.			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Medicaid:	Número de SSI:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Medicaid:	Número de SSI:

1. Si algún miembro del hogar recibe 3SquaresVT o Reach Up, proporcione el nombre de la persona que recibe el beneficio y el número de caso completo asociado con el beneficio. Si se ha completado, pase al Número 5.

Nombre: _____ Número de caso: _____

2. Enumere los Nombres completos (nombres y apellidos) de los Miembros del hogar. Esto incluye a todas las personas que viven en el hogar.	3. Indique el ingreso bruto (antes de las deducciones) de cada miembro del hogar durante el último mes en la sección de frecuencia con la que se recibe (semanal, mensual, cada dos semanas, dos veces al mes o anualmente).	Ingresos brutos del trabajo: Antes de las deducciones					Manutención infantil, pensión alimenticia o asistencia social					Seguridad Social, pensiones, jubilación u otros ingresos				
	Selección e si no hay ingresos	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mes	Anual	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mes	Anual	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mes	Anual
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															

4. Proporcione una firma y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se han informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se otorga con el fin de recibir Fondos federales. Los funcionarios pueden verificar la información en la solicitud y la tergiversación deliberada de la información puede estar sujeta a enjuiciamiento de conformidad con las leyes estatales o federales aplicables.

Firma del padre o tutor legal: _____	Dirección _____	Ciudad _____
Número de seguro social: XXX – XX – _____	Estado _____	Código postal _____
<input type="checkbox"/> No tengo un Número de seguro social	Teléfono fijo/celular _____	Fecha de firma _____

Otros beneficios: Para obtener información sobre el seguro de salud gratuito o de bajo costo, comuníquese con Green Mountain Care al 1-800-250-8427 o visite el sitio www.GreenMountainCare.org. Para obtener información sobre cómo 3SquaresVT ayuda a cubrir los costos de los alimentos, llame al 1-800-479-6151 o visite el sitio www.vermontfoodhelp.com.

EL ESPACIO DE ABAJO ES SOLO PARA USO DEL CENTRO

Household Size: _____ Total Income Reported _____ Per Time Period Annually Monthly Twice per Month Every Two Weeks Weekly

Annual Income Conversion – Weekly x 52 · Every 2 weeks x 26 · Twice a Month x 24 · Monthly x 12	Eligibility Determination (Below): Check the box and circle the qualifying reason.		
Be sure to use the Current Income Eligibility Guidelines for CACFP to approve this form. To be valid, this form must be signed and dated by the individual approving the form.	<input type="checkbox"/> Free Income 3SquaresVT or Reach Up Medicaid SSI	<input type="checkbox"/> Reduced Income	<input type="checkbox"/> Denied Over Income Incomplete Application
Signature of Approver _____	Date _____		

Instrucciones:
Número 1: Escriba en mayúscula los Nombres completos (nombre y apellido) de los Participantes que asisten al centro. Si los participantes reciben Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en

inglés) o Medicaid, escriba el número debajo de la casilla correspondiente y Pase al número 5.
 Número 2: Si el(los) participante(s) viven(n) en un hogar que recibe 3SquaresVT o Reach Up, indique el nombre de la persona que recibe el beneficio y el número de caso asociado con el beneficio. **Si se completa, pase al número 5.**
Número 3: Escriba en mayúscula los Nombres completos (nombre y apellido) de cada persona que viva en el hogar, sea o no un familiar (como abuelos, otros parientes o amigos).
 Número 4: En relación con cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido mensualmente. Debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. En relación con los ingresos, asegúrese de indicar los ingresos brutos, no el salario neto. *Los ingresos brutos* son la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esto debería aparecer en su talón de pago, o su jefe puede decirselo. En relación con *manutención infantil, pensión alimenticia o asistencia social*, enumere la cantidad que cada persona recibió durante el mes. Las *pensiones, la jubilación, el Seguro social, la Seguridad de ingreso suplementario (SSI), los Beneficios para veteranos (beneficios del VA) y los beneficios por discapacidad deben enumerarse en relación con cada persona que recibió estos beneficios. Cualquier otro ingreso* incluye Compensación laboral, beneficios por desempleo o huelga, aportes regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de 3SquaresVT, WIC, Beneficios federales de educación y pagos por acogida recibidos por la familia de la agencia de colocación. SOLO en relación con los trabajadores por cuenta propia, en *Ingresos del trabajo*, informe los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda privatizada para militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingresos.
 Número 5: El miembro adulto del hogar debe firmar y fechar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro social.

Pautas de elegibilidad de ingresos

El siguiente gráfico muestra pautas de precio reducido. Los hogares que ganan más que los ingresos enumerados por período a continuación tienen ingresos que superan el límite.
 Consulte las Pautas de elegibilidad de ingresos actuales para ver las pautas gratuitas.

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	27,861	2,322	1,161	1,072	536
2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
5	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
6	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
7	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
8	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
En relación con cada miembro adicional del hogar, agregue	9,953	830	415	383	192

Conforme a la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell, se requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicite en nombre de un niño acogido o si enumera un número de caso del Programa de asistencia nutricional suplementaria (3SquaresVT), el Programa de asistencia temporal para familias necesitadas (Reach Up) o el Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

De conformidad con la ley federal de derechos y civiles y con las normas y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución discriminar por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información sobre el programa podrá ponerse a su disposición en otros idiomas diferentes del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo: Braille, letras de mayor tamaño, cintas de audio, Lengua de Signos Estadounidense) deben ponerse en contacto con el estado o agencia locales responsables de gestionar el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y teletipo) o contactar con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Denuncia por Discriminación en el Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o por carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, el domicilio y el número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la actividad discriminatoria alegada en detalle suficiente para que se dé aviso al Secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben presentarse al USDA a través de estos medios: 1. **Correo postal:** Departamento de Agricultura de los EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o 2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución brinda igualdad de oportunidades para todos.