Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) Formulario de Elegibilidad de Ingresos para Proveedores de Hogares de Cuidado Diurno (DCH) 2023-2024

	Marque la casilla si	Indique el **Nombre completo (nombre y apellido)** del Participante que asiste al centro.	Marque la casilla si	Indique el **Nombre completo (nombre y apellido)** del Participante que asiste al centro.	Marque la casilla si
Nombre:	☐ Acogido ☐ Sin hogar ☐ Migrante ☐ Refugiado	Nombre:	☐ Acogido ☐ Sin hogar ☐ Migrante ☐ Refugiado	Nombre:	☐ Acogido ☐ Sin hogar ☐ Migrante ☐ Refugiado

2. 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:** _____

3. Enumere los **Nombres completos (nombres y apellidos) de los Miembros del hogar**. Esto incluye a todas las personas que viven en el hogar.

4. 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).

	Seleccione si no hay ingresos	**Ingresos brutos del trabajo: Antes de las deducciones**					**Manutención infantil, pensión alimenticia o asistencia social**					**Seguridad Social, pensiones, jubilación u otros 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
	☐															
	☐															
	☐															
	☐															
	☐															
	☐															

5. **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 – __ __ __ __ ☐ No tengo un Número de seguro social	Estado	Código postal
	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.

_____ _____

Signature of Approver **Date**

[ ] Free	**[ ] Reduced**	**[ ] Denied**
Income 3SquaresVT or Reach Up Foster, Homeless, Migrant, Runaway	Income	Over Income Incomplete Application

Instrucciones:
Número 1: Escriba en mayúscula los **Nombres completos (nombres y apellidos)** de los Participantes que asisten al atención del proveedor. Si el niño que está solicitando es un **Acogido, Sin hogar, Migrante o Fugitivo,** marque la casilla correspondiente y comuníquese con el Intermediario para personas sin hogar o con el Coordinador de migrantes de la escuela local. **Si se completa, 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 decírselo. 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	26 973	2248	1124	1038	519
2	36 482	3041	1521	1404	702
3	45 991	3833	1917	1769	885
4	55 500	4625	2313	2135	1068
5	65 009	5418	2709	2501	1251
6	74 518	6210	3105	2867	1434
7	84 027	7003	3502	3232	1616
8	93 536	7795	3898	3598	1799
En relación con cada miembro adicional del hogar, agregue	9509	793	397	366	183

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 solicita 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.