

# 2017-2018 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS

## CARTA A LOS PAPAS/PARTICIPANTES

Estimados Padres/Participante:

Nuestra agencia es dependiente en el Programa de Alimentación de Niños y Adultos para poder ofrecer comidas gratuitas o a precios reducidos a nuestros participantes. Es necesario completar toda la información para recibir el reembolso máximo del Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA). Usted puede completar la aplicación para todos los participantes que son miembros de la unidad familiar.

Miembros de la unidad familiar incluye todos que viven en la casa (como abuelos, familia, o amigos) que comparten los ingresos y gastos. Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven en la casa. También puede incluir hijos de crianza (bajo tutela legal de una agencia) que viven con usted. Ya que sea apropiadamente clasificado para los beneficios gratuitos o reducidos por la cantidad de ingresos que declaro o por el número de caso de SNAP, FDPIR, o TANF (SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid para los participantes adultos), su elegibilidad continuará por 12 meses. Si la cantidad de ingresos baja durante el año, deber notificarnos para que podemos hacer los propios cambios.

Los ingresos que usted declaró deben ser los ingresos brutos recibidos por todas las personas en su hogar.

El "Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal" para la comida a un costo reducido está incluido en la parte abajo para su información. Si su ingreso es menor o igual a los estándares abajo, su hijo estará elegible para la Programa de Alimentación de Niños y Adultos, y nuestro centro pueda recibir más fondos para comprar comida más nutritiva para los niños.

Por favor, llene y firma la solicitud para que podemos recibir el reembolso máximo para nuestro centro. No podemos aprobar una aplicación incompleta, así que lee las instrucciones con cuidado y llene toda la información requerida. La solicitud es confidencial y va a quedarse en nuestros archivos.

Le agradecemos para su cooperación.

De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, discapacidad, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.

(Nombre del Centro del Proveedor)
X
(Firma del Empleado del Centro)

**PARA APLICAR, LLENE UNA DE LAS TRES OPCIONES SIGUIENTES:**

1. Liste el nombre y apellido del participante.
2. Liste los días, las horas y el tipo de comida servida.

**Opción 1A o 1B - PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS:**

Liste el número de caso si recibe beneficios de los programas SNAP (cupones para alimentos), FDPIR o "TANF" para su hijo. Liste la fecha y firme la solicitud.

Si está aplicando para un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal), marque la caja, liste la fecha y firme la solicitud.

**Opción 2 – PARTICIPANTES QUE SON ADULTOS:**

Si está recibiendo SNAP (cupones para alimentos), FDPIR, ingreso de seguro social, o beneficios de Medicaid, liste el número de caso y la fecha. Firme la solicitud.

**Opción 3 – PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS Y ADULTOS:**

Si no está recibiendo SNAP (cupones de alimentos), TANF, FDPIR, ingreso de seguro social o beneficios de Medicaid, liste:

3. Nombres de todo los miembros de la unidad familiar que está viviendo en el mismo hogar.
4. Los ingresos brutos para cada miembro.
5. El número actual de los miembros de la unidad familiar. (#1 + #3 arriba).
6. Ingreso actual de los miembros de la unidad familiar (bruto).
7. Firme, poner la fecha, y liste los últimos cuatro números del seguro social para el miembro adulto que está firmando la solicitud. Si el miembro no tiene seguro social, marque la caja que dice "No tengo número de seguro social".
8. Liste el nombre del miembro adulto firmando la aplicación.
9. Liste la dirección y número de teléfono del miembro adulto que está firmando la solicitud.

**Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal**  
Efectivo de 1 de Julio, 2017 hasta el 30 de Junio, 2018

TAMANO DEL HOGAR	REDUCIDO		
	ANUAL	MENSUAL	SEMENAL
1	\$15,679 - \$22,311	\$1,308 - \$1,860	\$ 303 - \$ 430
2	\$21,113 - \$30,044	\$1,761 - \$2,504	\$ 407 - \$ 578
3	\$26,547 - \$37,777	\$2,214 - \$3,149	\$ 512 - \$ 727
4	\$31,981 - \$45,510	\$2,666 - \$3,793	\$ 616 - \$ 876
5	\$37,415 - \$53,243	\$3,119 - \$4,437	\$ 721 - \$1,024
6	\$42,849 - \$60,976	\$3,572 - \$5,082	\$ 825 - \$1,173
7	\$48,283 - \$68,709	\$4,025 - \$5,726	\$ 930 - \$1,322
8	\$53,717 - \$76,442	\$4,478 - \$6,371	\$1,034 - \$1,471
<b>Para cada miembro del hogar adicional agregue:</b>	<b>+7,733</b>	<b>+645</b>	<b>+149</b>