

**Programa de Alimentación de Niños y Adultos  
CUIDADO DIURNO INFANTIL EN FAMILIA  
2026 Formulario de Elegibilidad**

NOMBRE DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OPCIÓN 1A: BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP) O TANF**

Si está recibiendo cupones de alimentos (SNAP) o TANF para su hijo, anota uno de los números del caso:

Número de caso de SNAP: \_\_\_\_\_ Número de caso de TANF: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN 1B: HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL)**

Si está aplicando para un hijo de crianza, marque la caja abajo y escribe el monto de ingresos para "uso personal" (como por ejemplo ropa, honorario de la escuela, etc.)

HIJO DE CRIANZA  INGRESOS \$\_\_\_\_\_ ¿CON CUAL FRECUENCIA ESTA RECIBIDO?

**OPCIÓN 2: LOS PROGRAMAS ESTATALES O FEDERALES QUE CUMPLEN CRITERIOS DE INGRESO**

Si este es su caso, completar y firmar la siguiente declaración.

NOMBRE DE PROGRAMA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN 3: ELIGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Complete esta parte si no completo opción 1 A-B y 2: Miembros de la unidad familiar, número de seguro social, e ingresos mensuales.

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (No incluye hijos de crianza)	INGRESO MENSUAL (Antes de las deducciones)			COMPLETE UNA O MAS	
	INGRESOS MENSUALES (Bruto) POR TRABAJO	MENSUALES SEGURO SOCIAL PENSIONES JUBILACIÓN	MENSUALES COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	MENSUALES ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN PARA HIJOS PENSIÓN ALIMENTICIA	MENSUALES OTRO INGRESO
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

**NUMERO ACTUAL DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR:**

(Incluyendo el participante) \_\_\_\_\_

**INGRESO ACTUAL (Total):**

\$ \_\_\_\_\_

**FIRMA DE ADULTO y LOS ULTIMOS CUATRO DEGITOS DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** (Lee la Declaración de Privacidad abajo) Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar y poner la fecha abajo. También anota los últimos cuatro dígitos del número de seguro social. Si usted no tiene un número de seguro social, marque la caja  – "No tengo un número de seguro social".

**LAS CONSECUENCIAS DE MALA REPRESENTACIÓN:** Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que toda la información de cupones para alimentos, ingresos de seguro social, número de Medicaid, e ingresos es verdadera y que declaré todos los ingresos. Comprendo que el centro del proveedor recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente. **Un Miembro Adulto de la Unidad Familiar debe firmar esta parte:**

Firma: \_\_\_\_\_  
(Firma de un Miembro Adulto de la Unidad Familiar)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del Hogar)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del Hogar)

Los últimos cuatro (4) dígitos de seguro social: \*\* \*\* - \*\* \*\* - \_\_\_\_\_

No tengo número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono de Trabajo)

**IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA DEL PARTICIPANTE: (Opcional)**

TOTAL	ÉTNICA:		RAZA:				
	Hispano o Latino	Ni Hispano ni Latino	Amerindio o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	Blanco
LOS PARTICIPANTES							
ZONA GEOGRÁFICA							

**Declaración de Privacidad:** La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación de FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma so solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

**NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA.**

Check if This Application is for the Provider's Own Child

**DETERMINATION:**

Eligible =(Tier 1) :  Ineligible =(Tier II)

**CLASSIFICATION OF HOME:**  
(Complete this section if the application is for the Provider)

TIER I:  A (School Data)  B (Census)  C (Income Data)

TIER II:  L (Low Rates)  M (Mixed Rates)

Name of Determining Official: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Signature) (Date)

CARTA A LOS PAPAS/TUTORES/PROVEEDOR

Estimados Papas/Tutores/Proveedor,

Su hijo está inscrito en el hogar de \_\_\_\_\_, un Proveedor de un centro de cuidado diurno. Como parte de nuestra participación en el programa de alimentación de niños y adultos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), su proveedor ofrece comidas sanas a todos los niños inscritos. El programa CACFP reembolsa las comidas sanas servidas a los niños inscritos en el programa de cuidado infantil. El reembolso de los gastos de las comidas servidas a los niños en hogares de cuidado diurno en familia se basa en una estructura de dos niveles. Para calificar para el nivel superior, Nivel I o el nivel II de inferior, por las comidas que se sirven a los niños inscritos en el programa de guarderías, el proveedor debe cumplir con los siguientes criterios:

**Nivel I La Unidad Familiar: (Reembolso más alto)** – El hogar del proveedor debe: 1) vivir en un área elegible según la necesidad económica determinada por datos de matrícula escolar o el censo, o 2) demostrar que existe la necesidad económica por medio de la información suministrada en el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas. Si la casa no está en un área determinada elegible en el Nivel 1, y el proveedor complete este formulario, el hogar sólo es válido para el nivel inferior II tasas. Si el proveedor le gustaría reclamar las comidas que se sirven al proveedor de niño y/o cree que la casa cumple las tasas en el Nivel 1, aunque el inicio del proveedor no se encuentra en un área determinada económicamente elegible, el proveedor necesita completar este formulario.

**Proveedores:** Usted debe reportar el ingreso actual de la unidad familiar, no sola el ingreso de la empresa. Estamos obligados de ley a verificar la información indicada en su formulario. Puede adjuntar una copia de la última declaración de impuestos, o puede presentar la documentación para el último mes. Este incluye el pago declaraciones del trabajo asalariado y las declaraciones referentes a otras formas de ingresos. Para su propio ingreso de su negocio, debe presentar la documentación de sus ingresos brutos durante el mes pasado, junto con los gastos de su negocio, para que podamos verificar su ingreso neto de su negocio.

Si ya ha sido clasificado de una casa de Nivel I porque su casa está ubicada en un área determinada para ser económicamente elegible, usted no tiene que completar este formulario a menos que le gustaría también reclamar las comidas que se sirven a su propio hijo.

**Tier II La Unidad Familiar: (Reembolso inferior)** – El proveedor va a recibir reembolso de Nivel II para la comida servida a su hijo si:

- 1) No vive usted en un área de necesidad económica
- 2) Usted no llene este formulario.
- 3) Su familia no califican para las comidas gratuitas o de precio reducido. Por favor: llene, firmar y volver el formulario lo más pronto posible.

Esta información es necesaria para determinar el reembolso que recibirá el proveedor para la comida servida a su hijo. Este formulario será colocado en nuestros archivos y tratado como información confidencial.

El "Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal" para las comidas de precio reducido está incluido abajo para su información. Si su ingreso es menor o igual a los estándares abajo, su hijo estará elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y su proveedor puede recibir más fondos para comprar comida más nutritiva para los niños.

Los ingresos que usted informe debe ser el ingreso bruto total recibido por todos los miembros de su familia. Si, durante el año, hay disminución en el tamaño de la familia o un incremento de sus ingresos que superan los US\$50 por mes o \$600 por año, usted debe informar el centro para que puedan hacer los ajustes apropiados. Además, si queda desempleado, su hijo podrá ser elegible para la categoría de comida gratis o a precio reducido durante el período de desempleo.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO**

**Opción 1A:** Si usted recibe SNAP (cupones de alimentos) o TANF para su hijo, liste el número de caso de SNAP o TANF, firmar y poner la fecha.

**Opción 1B:** Si está aplicando para un hijo de crianza (baja tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal), marque la caja, firmar y poner la fecha. LA DEFINICIÓN DE LOS INGRESOS PERSONALES DE UN HIJO DE CRIANZA ES:

1. Fondos recibieron de una agencia social para el uso personal del niño. Aunque hay fondos específicos de la agencia, i.e., para la casa, para necesidades, y necesidades personales como ropa, pagamientos de la escuela, y concesiones, solo los fondos para el "uso personal" es considerado como ingreso.

**Opción 2:** Si usted o su niño/a participa o esta subsidiado por un programa federal o estatal con un límite de elegibilidad por ingresos que no exceda la pauta de elegibilidad para comidas gratuitas o a precios reducidos, las comidas que se sirvan al niño calificaran automáticamente para el reembolso a nivel I. Escriba el nombre del programa y su número de caso. Firme y poner la fecha. Programas federales que califiquen un niño en un hogar de Tier II son:

- Programa Nacional de Almuerzos y Desayunos Escolares
- Programa para Mujeres, Bebes y Niños (WIC)
- Programa de Head Start
- Cuidado Infantil subsidiado (i.e. Work First New Jersey)

**Opción 3:** Si usted no recibe SNAP (cupones de alimentos), TANF o no participa en un programa federal o estatal, liste:

Nombres de todo los miembros de la unidad familiar que está viviendo en el mismo hogar (**Se puede incluir hijos de crianza**)

Los ingresos brutos para cada miembro  
El número actual de los miembros de la unidad familiar.  
Ingreso actual de los miembros de la unidad familiar (bruto).

La firma y los últimos cuatro números del seguro social para el miembro adulto que está firmando el formulario. Si el miembro no tiene seguro social, marque la caja que dice, "No tengo número de seguro social".

Liste el nombre del miembro adulto firmando la aplicación.  
Fecha y número de teléfono del miembro adulto firmando la aplicación.

Efectivo de 1 de Julio, 2025 hasta el 30 de Junio, 2026  
**CAUDRO DE INGRESO (BRUTO) DE ELEGIBILIDAD FEDERAL - REDUCIDO**  
(del Departamento de Agricultura de EE.UU.)  
**COMIDA DE PRECIO REDUCIDO**

HOUSEHOLD SIZE	REDUC		
	ANUAL	MENSUAL	SEMENAL
1	\$20,346 - \$28,953	\$1,697 - \$2,413	\$ 393 - \$ 557
2	\$27,496 - \$39,128	\$2,293 - \$3,261	\$ 530 \$ 753
3	\$36,646 - \$49,303	\$2,889 - \$4,109	\$ 668 - \$ 949
4	\$41,796 - \$59,478	\$3,484 - \$4,957	\$ 805 - \$1,144
5	\$48,946 - \$69,653	\$4,080 - \$5,805	\$ 943 - \$1,340
6	\$56,096 - \$79,828	\$4,676 - \$6,653	\$1,080 - \$1,536
7	\$63,246 - \$90,003	\$5,272 - \$7,501	\$1,218 - \$1,731
8	\$70,396 - \$100,178	\$5,868 - \$8,349	\$1,355 - \$1,927
<b>Para cada miembro del hogar adicional agregue</b>	<b>+10,175</b>	<b>+848</b>	<b>+196</b>

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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 or 2. Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. Correo electrónico: [program.intak@usda.gov](mailto:program.intak@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.