

CARTA PARA PADRES DE LOS CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

1° de julio de 2020 al 30 de junio de 2021

Estimado padre o tutor,

Este centro de cuidado infantil participa con el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos de USDA (CACFP, por sus siglas en inglés) y recibe fondos federales para proporcionar alimentos y bocadillos saludables para todos los niños inscritos. La cantidad del reembolso que el centro recibe se basa en la información que proporcione en la Solicitud de Elegibilidad del Hogar adjunta. Parte de los requisitos del USDA es pedirle que complete la solicitud. Si su ingreso es igual o menor al que aparece en la tabla a continuación para el tamaño de su hogar, el centro recibirá en el reembolso una mayor cantidad de dinero. Lea las instrucciones adjuntas con cuidado y llene toda la información requerida. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por favor, envíe la solicitud completa a nuestro centro tan pronto como sea posible.

Si un miembro de su familia (niño o adulto) recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o del Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés); o si cuida a un niño de acogida que está bajo la responsabilidad legal del Estado a través del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois o un tribunal, estos niños son elegibles para los beneficios alimenticios independientemente de su ingreso familiar.

Si su ingreso es superior a las pautas de ingreso que figuran a continuación, no es necesario completar esta solicitud. Sin embargo, sería útil que escribiera el nombre de su hijo en la solicitud y la enviara a nuestro centro. Favor notifiquenos si usted o alguien en su hogar pierde su empleo y esa pérdida de ingresos hace que sus ingresos familiares caigan dentro de el rango de elegibilidad de ingresos.

Pautas de elegibilidad de ingresos
Válido desde el 1° de julio de 2020 al 30 de junio de 2021
Comidas de precio reducido
185% de la Pauta Federal de Pobreza

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Quincenal	Semana
1	23,606	1,968	984	908	454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
Por cada miembro adicional sumar	8,288	691	346	319	160

La información que proporcione en la solicitud será utilizada para determinar la elegibilidad de su hijo para los beneficios de comidas. La información se mantendrá confidencial y sólo estará disponible al personal directamente relacionado con la administración del CACFP.

Al firmar la sección de la solicitud para el seguro de salud *All Kids* de Illinois, usted está indicando que no desea que se comparta su información con el Departamento de Salud y Servicios a la Familia del Estado de Illinois. Si está de acuerdo en revelar la información de la solicitud, esta puede ser utilizada para identificar a su(s) hijo(s) para el programa de seguro de salud. Si desea obtener más información sobre *All Kids*, llame gratis al (866) 255-5437 o (877) 204-1012 (TTY).

Por favor contacte al centro si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

Las pautas de elegibilidad de ingresos del USDA se enumeran para las familias que no reciben los beneficios de TANF o SNAP. Si el ingreso del hogar cae dentro o por debajo de las pautas indicadas, deben ponerse en contacto con su centro de cuidado diurno o proveedor de cuidado infantil para recibir información sobre los beneficios del programa. Puede que necesiten llenar una solicitud o proporcionar información sobre sus ingresos o su participación en los programas TANF o SNAP.

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, discapacidad, edad, 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (10/15)

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL
PROGRAMA DE ALIMENTOS Y CUIDADO INFANTIL Y DE ADULTOS**

1. Todos los miembros del hogar	2.	3.
NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Edades de los menores en el Centro	HIJO/A DE CRIANZA Los hijos de crianza son responsabilidad legal de DCFS o el tribunal. Si todos son hijos de crianza, salte a la Sección 6
NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF Salte a la Parte 6 si incluye un número de caso SNAP o TANF. Debe incluir al menos un SNAP/TANF.		
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

4. Sin hogar, migrante o fugitivo

Sin hogar
 Migrante
 Fugitivo
 Head start

Firma del enlace para persona sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start _____ Fecha _____

5. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBE (Ejemplo: \$100/mes, \$100/dos veces al mes, \$100/cada dos semanas, \$100/cada semana)

NOMBRES (ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	Ingresos del trabajo (Antes de deducciones)		Bienestar, Infantil Apoyo, pensión alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguro social		Compensación laboral, Desempleo, SSI, etc. (Todos los otros ingresos)	
	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
	i.	\$		\$		\$		\$
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

6. Firma y Número del Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si la Sección 5 está completa o si se enumeran cero ingresos, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social".

X X X - X X - _____
 Yo no tengo un Número de Seguro Social.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y se informan todos los ingresos. Entiendo que el centro obtendrá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que la institución, la Junta de Educación del Estado de Illinois o la Oficina del Inspector General pueden verificar la información en la solicitud. La entrega deliberada de información errónea puede someterme a juicio según las leyes estatales y federales aplicables.

Fecha _____
 Nombre del adulto miembro del hogar _____
 Firma del adulto miembro del hogar _____

7. Información de contacto (Opcional)

Número de teléfono laboral (Incluir código de área) _____
 Número de teléfono particular (Incluir código de área) _____
 Dirección particular (Número, calle, ciudad, estado, código postal) _____

8. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:

 Hispano/Latino
 No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:

 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

 Caucásico
 Nativo Americano o de Alaska

9. Compartir información con el Programa de Seguro All Kids (opcional)

¿Podemos compartir su información en esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids, el programa completo de seguro de salud para cada niño en Illinois? En caso de que **sí**, no firme a continuación.

No, no quiero que mi información de esta solicitud se comparta con el Programa de Seguros All Kids.

Fecha: _____ Firme aquí: _____

SOLAMENTE PARA USO DEL REPRESENTANTE DE CUIDADO INFANTIL
Determinación de elegibilidad: Complete las Secciones A y B enseguida

SECCIÓN A Conversión anual de ingresos semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12 *Convertir ingresos solo si es diferente las frecuencias de pago son informadas.*

TOTAL INGRESOS \$ _____ Por: Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual **NÚMERO EN EL HOGAR:** _____

Gratis basado en:

 hijo/a de crianza migrante

 SNAP/TANF fugitivo

 sin hogar ingresos del hogar Head Start

Reducido con base en: **Rechazado - Motivo:**

 ingresos del hogar ingreso demasiado alto

 aplicación incompleta

 SNAP/TANF no calificado

SECCIÓN B Firma del oficial que determina: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD: COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR

Siga estas instrucciones y devuelva el formulario completo a su centro. Una vez que sea aprobado para los beneficios de comida, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar del menor entra en vigencia por 12 meses.

HIJO(S) DE CRIANZA

Un hijo/a de crianza sigue siendo la responsabilidad legal del estado a través de una agencia de cuidado de crianza o el tribunal. Si envía documentación de la agencia local o estatal de la cual el menor está en cuidado de crianza, dicha documentación reemplaza la solicitud de Elegibilidad del Hogar.

1) Si todos los menores en su hogar (que asisten a este centro) son hijos de crianza que son responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal,

proporcione la siguiente información:

- Parte 1: Enumere el(los) nombre(s) y la(s) edad(es) de su(s) hijo(s) de crianza que asisten a este centro.
- Parte 2 - Marque la(s) casilla(s) que indican un(los) hijo(s) de crianza.
- Parte 3 - 5 Saltar
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

2) Si tiene algunos hijos de crianza que son responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal junto con otros hijos que asisten a este centro,

por favor, proporcione la siguiente información:

- Parte 1: Enumere a TODOS los miembros del hogar, incluyendo los hijos de crianza, y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2: Marque la(s) casilla(s) que identifica(n) al (a los) hijo(s) de crianza temporal.
- Parte 3: Registre un número de caso de SNAP / TANF válido si corresponde
- Parte 4 - Saltar
- Complete las partes 5 y 6 si corresponde. Consulte las instrucciones para la sección **INGRESO-HOGARES INFORMANDO**.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

BENEFICIOS DE SNAP/TANF - HOGARES QUE RECIBEN

Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF, informe lo siguiente:

- Parte 1: Enumere TODAS las personas de su hogar (incluyendo los abuelos, otros familiares o amigos que viven con usted) y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2 — Saltarse
- Parte 3: Registre un número de caso válido de SNAP/TANF para cualquier miembro (niño o adulto) de este hogar. Encontrará su número de caso de SNAP/TANF en su carta de elegibilidad para recibir beneficios.
- Parte 4 - 5 Saltar
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

SIN HOGAR, MIGRANTE, FUGITIVO, HEAD START

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF y si algún menor no tiene hogar, es migrante, se ha fugado o tiene head start, siga estas instrucciones.

- Parte 1: Haga una lista de TODOS los miembros del hogar y la(s) edad(es) de los menores que asisten al centro.
- Parte 2 - 3 Saltar
- Parte 4: Si algún menor para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante o se escapó, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela local.
- Parte 5: Complete solo si un menor en su hogar no es elegible en la Parte 4. Vea las instrucciones para **INGRESOS - HOGARES INFORME** la sección a continuación y complete las Partes 5 y 6.
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

INGRESOS - INFORMES DE HOGARES

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP/TANF, informe todos los ingresos del hogar. La solicitud de Elegibilidad del Hogar debe incluir la siguiente información:

- Parte 1: Enumere los nombres de TODOS los miembros del hogar y la(s) edad(es) de los niños que asisten al centro de cuidado infantil.
- Parte 2 - 4 Saltar
- Parte 5: Anote el ingreso bruto total (antes de las deducciones), no el salario neto; y la frecuencia, con qué frecuencia se recibe el dinero, por cada miembro de la familia para el mes pasado. Si el ingreso del mes pasado no fue el monto habitual que recibe normalmente, puede proporcionar una cantidad proyectada que representa mejor su ingreso bruto.
 - o SÓLO para los trabajadores independientes, enumere los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler.
 - o Si se encuentra en la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.
 - o Si no tiene ingresos, marque cero en la columna de ganancias del trabajo.
- Parte 6: Proporcione la firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud. También, proporcione los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social Número para el adulto que firma la solicitud. Si se rehúsa a proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social, la solicitud no puede ser aprobada. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla, no tengo un número de seguro social.
- Partes 7-9 — (OPCIONALES)

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD Y DISCRIMINACIÓN

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. No tiene que proporcionar la información pero, si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo/a reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando postula en nombre de un hijo/a de crianza, menciona que recibe ayuda del Programa Complementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés), el número de caso del programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otro programa FDPIR para su hijo/a, o cuando indica que el miembro familiar adulto que firma esta solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos. **ES POSIBLE** que compartamos su