

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE HOGAR
PARA PROVEEDORES QUE VUELVEN A SOLICITAR TARIFAS DE NIVEL I POR INGRESOS,
O QUE SOLICITAN REEMBOLSO POR COMIDAS PARA NIÑOS QUE RESIDEN CON EL PROVEEDOR**

Estimado proveedor de cuidado de niños:

Nuestros registros indican que se le clasificó para recibir las tarifas de Nivel I —o solicitó reembolso de Nivel I— con base en una de las siguientes condiciones:

- Su hogar de cuidado de niños calificó para reembolsos de **Nivel I con base en la información de ingresos que presentó en su solicitud «Elegibilidad del Hogar» (Household Eligibility Application - HEA) del año pasado**. Para mantenerse en el Nivel I por ingresos debe completar la HEA adjunta. Para ser elegible para el Nivel I, los ingresos de su hogar deben ser iguales o menores a lo indicado en las «Pautas de elegibilidad por ingresos» (*Income Eligibility Guidelines*) o si un miembro de su hogar tiene derecho a recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP*) o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families - TANF*).
- Su hogar de cuidado de niños calificó para reembolsos de **Nivel I debido a los datos del censo o de la escuela y usted solicitó comidas para niños residentes en su hogar que califican** mientras asisten otros niños. Para poder seguir solicitando reembolso por niños residentes en su hogar que califican, usted debe llenar la HEA adjunta y devolverla a nuestras oficinas.
- Solicitó reembolso de **Nivel I por comidas servidas a niño(s) de crianza** que residen en su hogar mientras asisten otros niños. Para continuar recibiendo reembolsos de Nivel I por hijo(s) de crianza que residen en su hogar, usted debe llenar la HEA adjunta y devolverla a nuestras oficinas.

Tenga presente que cuando firma la sección Número 4 de la HEA adjunta para el «Seguro de salud *All Kids* de Illinois», está declarando que no desea que su información sea compartida con el Departamento de Servicios a Niños y Familias del Estado de Illinois (*Illinois Department of Healthcare and Family Services - DCFS*). Si está de acuerdo con que la información de su solicitud se comparta, ella se puede usar para identificar a su(s) hijo(s) en el programa de seguro de salud. Si desea tener más información sobre *All Kids*, llame sin cargo al 866/255-5437 o al 877/204-1012 (TTY).

**Pautas de elegibilidad por ingresos
Vigentes desde el 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020**

**Comidas a precio rebajado
Menos del 185% del Índice Federal de Pobreza (185% Federal Poverty Guidelines)**

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
Por cada miembro adicional de la familia, añada	+\$8,177	+\$682	+\$341	+\$315	+\$158

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor comuníquese con su organización patrocinadora.

Atentamente,

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (*U.S. Department of Agriculture - USDA*), 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 actividades realizadas o financiadas por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (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 Servicio Federal de Retransmisión (*Federal Relay Service - FRS*) llamando al (800) 845-6136. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas además del inglés. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el «Formulario de Denuncia de Discriminación en 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 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.

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR PARA LLENAR LA SOLICITUD «ELEGIBILIDAD DEL HOGAR» (HEA)

Una vez aprobados los beneficios de comidas, la solicitud «Elegibilidad del hogar» permanecerá vigente por 12 meses. Complete la HEA según las instrucciones de una de las siguientes áreas.

PARA PROVEEDORES QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DEL NIVEL I —POR ESCUELA O CENSO— QUE SOLICITEN EL NIVEL I DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS - CONSULTEN LAS INSTRUCCIONES «A» Y «B».

Si algún niño o adulto en su hogar recibe beneficios del **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP)** o de **Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families - TANF)** u otros beneficios a los que tenga derecho, siga las **Instrucciones A** a continuación. Su patrocinador comprobará esa información.

Instrucciones A — Hogares que reciben beneficios de SNAP o TANF u otros beneficios a los que tengan derecho.

- **Número 1:** anote los nombres de TODAS las personas que residan en el hogar del proveedor (abuelos, parientes, amigos, etc., que vivan con el proveedor) y las edades de los niños inscritos en el hogar de cuidado de niños del proveedor.
- **Número 3:** registre un número de caso válido de SNAP o TANF para cada uno de los miembros (niño o adulto) de este hogar. El número de caso de SNAP o TANF está en la carta de elegibilidad de beneficios o también en una tarjeta médica. No use el número de la tarjeta LINK de Illinois. La información que entregue de SNAP o TANF requerirá comprobación por parte de la organización patrocinadora. Se exige entregar documentación de estos beneficios.
- **Número 4 (OPCIONAL):** Programa de seguro de salud *All Kids* de Illinois (*Illinois All Kids Health Insurance Program*).
- **Número 6:** marque la casilla que mejor describa el propósito de la solicitud.
- **Número 7:** haga que un miembro adulto de la familia firme y ponga fecha a la solicitud.
- La solicitud está completa.

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF y **desea solicitar el reembolso más alto para su hogar de cuidado de niños con base en sus ingresos del hogar, siga las Instrucciones B.**

No es necesario que llene la información de ingresos si lo de SNAP o TANF ya lo respondió en las Instrucciones A o si todos los niños que residen con el proveedor son hijos de crianza documentados (vea las **Instrucciones D**). El patrocinador comprobará la información.

Instrucciones B — Hogares que reportan ingresos

- **Número 1:** anote los nombres de TODAS las personas que residan en el hogar del proveedor (abuelos, parientes, amigos, etc., que vivan con el proveedor) y las edades de los niños inscritos en el hogar de cuidado de niños del proveedor. Los hijos de crianza se pueden incluir en la HEA.
- **Número 4 (OPCIONAL):** Programa de seguro de salud *All Kids* de Illinois.
- **Número 5:** anote el ingreso bruto total (antes de las deducciones) no el sueldo neto; y la frecuencia —qué tan seguido se recibió el dinero para cada miembro de la familia— durante el mes anterior. Si el ingreso del último mes no es el monto habitual que recibe, puede proyectar una cantidad que represente el ingreso bruto.
 - ÚNICAMENTE para los trabajadores autónomos, anote los ingresos promedio después de gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler.
 - Si recibe pago de la Iniciativa de Privatización de Hogares Militares (*Military Housing Privatization Initiative*) o recibe pago de combate, no incluya estos subsidios como ingreso.
- **Número 6:** marque la casilla que mejor describa el propósito de la solicitud.
- **Número 7:** el proveedor debe firmar y poner fecha a la solicitud.
- **Además,** incluya los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social del proveedor que firma la solicitud. Si no entrega esta información, no se aprobará la solicitud. Si el adulto no tiene número de la seguridad social, marque la casilla «No tengo número de la Seguridad Social».
- La solicitud está completa. Debe adjuntar la documentación que respalde la información (documentos de hijos de crianza, si corresponde; talones de cheques; formularios W-2; 1040 Schedule C, etc.).
- La organización patrocinadora comprobará la información entregada en la HEA.

PARA PROVEEDORES IDENTIFICADOS EN LA CATEGORÍA DE NIVEL 1 —POR ESCUELA O CENSO— QUE DESEAN SOLICITAR REEMBOLSOS POR NIÑOS PARA INCLUIR A HIJOS DE CRIANZA CUANDO HAY OTROS NIÑOS PRESENTES:

Si se le ha aprobado para clasificación **Nivel I —por la escuela o datos del censo—** y desea solicitar reembolsos por niños que tienen derecho a ellos, incluyendo a los hijos de crianza que viven con usted, cuando hay otros niños que cumplen con los requisitos presentes, debe completar una HEA para solicitar reembolso por quiénes tengan derecho a ellos, incluyendo a hijos de crianza que vivan con usted. Consulte las **Instrucciones C**. El patrocinador podrá comprobar la solicitud.

Instrucciones C — Proveedor aprobado en la clasificación de Nivel I —por escuela o censo— y desea solicitar reembolsos por niños que viven con el proveedor.

Siga las instrucciones que se encuentran en **Instrucciones B, Números 1 al 7**. La organización patrocinadora podrá comprobar la información.

PARA PROVEEDORES IDENTIFICADOS EN LA CATEGORÍA DE NIVEL II QUE DESEAN SOLICITAR REEMBOLSOS POR HIJOS DE CRIANZA CUANDO HAY OTROS NIÑOS PRESENTES:

El(los) hijo(s) de crianza que viva(n) con usted tiene(n) derecho a reembolso de Nivel I por comidas elegibles, si hay otros niños presente que cumplan con los requisitos, sin importar su clasificación (Nivel I o Nivel II) al momento en que el proveedor presenta una HEA. La elegibilidad del hijo de crianza no se transfiere al hogar. Para documentar a un niño como hijo de crianza, se debe presentar un documento legal del DCFS, o de un representante designado por el DCFS, por cada hijo de crianza en la solicitud «Elegibilidad del hogar». En vez del documento, un proveedor puede solicitar al DCFS, o a su representante, completar el formulario 50-73 («Formulario de certificación de niño sin hogar, fugitivo, migrante, participante en *Head Start* y de hijo de crianza» — *Homeless, Runaway, Migrant, Head Start, and Foster Child Certification Form*) que puede encontrar en el siguiente sitio web de ISBE: https://www.isbe.net/Documents/50-73_hmls_cert_mm.pdf#search=form%2050%2D73.

Instrucciones D — Para hijo(s) de crianza que viven en la casa del proveedor, por favor entregue la siguiente información en la HEA:

- **Número 1:** anote el(los) nombre(s) del (de los) hijo(s) de crianza que viven en la casa del proveedor de cuidado de niños en el hogar.
- **Número 2:** marque la(s) casilla(s) que indica que el(los) niño(s) es(son) hijo(s) de crianza.
- **Número 4 (OPCIONAL):** Programa de seguro de salud *All Kids* de Illinois.
- **Número 6:** marque la casilla que mejor describa el propósito de la solicitud.
- **Número 7:** proporcione la firma del proveedor y la fecha de la solicitud.
- La solicitud está completa.

CACFP – SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS

1 ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL PROVEEDOR (niños y adultos)

NOMBRE (primer y segundo nombres, apellido)	Marcar si no tiene ingreso	Fecha de nacimiento	Edad de los hijos del proveedor	HIJO DE CRIANZA Marcar si hay hijos de crianza que sean responsabilidad legal de DCSF o de un tribunal
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>

3 NÚMERO DE CASO DE SNAP o TANF
Omitir si se trata de un hijo de crianza.
Escriba el núm. de caso de SNAP o TANF de cada niño o adulto en su hogar. NO use el núm. de la tarjeta LINK. Si lo proporciona, **pase al Número 6. No incluya al hijo de crianza.**

Nombre del niño o adulto: _____

Número de caso: _____

4 OPCIONAL. COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL PROGRAMA DE SEGURO ALL KIDS
¿Podemos compartir su información en esta solicitud con el «Programa de seguro All Kids», el programa de seguro de salud completo para cada niño en Illinois? Si su respuesta es «Sí», no firme más abajo. «No», no deseo compartir mi información en esta solicitud con el «Programa de seguro All Kids».

Firme aquí: _____

5 MIEMBROS DE HOGAR CON INGRESOS. Escriba únicamente los nombres de personas que viven en el hogar, su ingreso bruto y con qué frecuencia lo recibe. Si alguien tiene un segundo trabajo, anote ese ingreso en la última columna. Después de completarlo, pase al Número 6.

NOMBRES (Escriba sólo el nombre de las personas con ingresos)	Ingresos de trabajo (bruto antes de las deducciones)		Ingreso de asistencia social (welfare), mantención de hijos, pensión alimenticia		Ingreso de jubilación, pensiones, SSI, Seguridad Social		Ingresos de ahorros, inversiones, cuentas fiduciarias y otros recursos	
	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	

6 Debe marcar sólo una opción.
 Soy proveedor que solicita reembolso por hijos propios y en Nivel I. Soy proveedor sin hijos que solicita Nivel I.
 Soy proveedor de Nivel I —con base en datos de la escuela o del censo— y solicito reembolsos por hijos propios.

7 Firma y número de la Seguridad Social (un adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si llenó el Número 5, el adulto que firma la solicitud debe también escribir los últimos cuatro dígitos de su número de la Seguridad Social o marcar la opción que indica que no tiene número de la Seguridad Social.

X X X - X X - _____
Número de la Seguridad Social

No tengo número de la Seguridad Social.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos mis ingresos. Entiendo que la cantidad de fondos federales que reciba estará basada en la información que aquí proporciono. Entiendo que la institución —ISBE— o la Oficina del Inspector General, puede verificar la información de esta solicitud. Toda información entregada e intencionalmente falsa puede ser motivo para iniciar mi procesamiento judicial de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE LA PRIVACIDAD: La «Ley nacional de almuerzos escolares Richar B. Russell» (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado(a) a entregarla; pero, si no la entrega, no podremos aprobar al participante para recibir comidas gratis o a precio rebajado. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de la Seguridad Social de la persona adulta miembro del hogar que firme esta solicitud. No se exige el número de la Seguridad Social si está presentando esta solicitud a favor de un hijo de crianza (foster child) o si usted indica un número de caso del «Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria» (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP), «Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas» (Temporary Assistance for Needy Families - TANF) o «Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas» (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDIPIR) u otro identificador de FDPIR; o bien, si ha indicado que la persona adulta miembro del hogar que está firmando esta solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. No obstante, usaremos su información para determinar si el participante tiene derecho o no a comidas gratis o a precios rebajados así como para la administración y cumplimiento del «Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos» (Child and Adult Care Food Program - CACFP). PODREMOS compartir su información de elegibilidad con programas educacionales, de salud y nutricionales para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, a los auditores para evaluaciones de esos programas, y a funcionarios de cuerpos policiales para ayudarles a investigar infracciones a los reglamentos de los programas.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA), 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 actividades realizadas o financiadas por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (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 Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service - FRS) al (800) 845-6136. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el «Formulario de Denuncia de Discriminación en 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 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.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PATROCINADOR — DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD — Siga las instrucciones para «Ingresos del hogar».

Marque una de las casillas para indicar cómo se determinará su elegibilidad <input type="checkbox"/> Hogar de SNAP/TANF		Ingresos del hogar Use la «Tabla de conversión» para determinar el ingreso total anual. Anote la cantidad de personas que viven en el hogar de la Sección 5. Ingreso anual total del hogar \$ _____ Número total de miembros del hogar _____		<input type="checkbox"/> Aprobado para solicitar reembolso de comidas por hijos de crianza en Nivel I. Firma del representante: _____ Fecha _____ *Fecha efectiva de solicitud: _____ *La fecha efectiva puede hacerse retroactiva al primer día de participación del proveedor del CACFP, siempre que eso ocurra en el mismo mes en que se certifica la elegibilidad del proveedor.	<input type="checkbox"/> Nivel I aprobado para solicitar reembolso por comidas de los hijos propios del proveedor (si corresponde). <input type="checkbox"/> Rechazado
--	--	--	--	--	---