

CARTA PARA EL PADRE/TUTOR SOBRE LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE HOGAR

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Su proveedor de cuidado de niños en hogar participa en el Programa de Asistencia Alimenticia de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) y recibe fondos federales para ofrecer comidas y meriendas saludables a todos los niños inscritos en su hogar de cuidado de niños. La cantidad del reembolso que recibe el proveedor está basada en la información que usted proporcione en el formulario Solicitud de Elegibilidad de Hogar (Household Eligibility Application, HEA) que se encuentra aquí adjunto. Para que reciba los pagos de reembolso por comidas, su proveedor debe seguir los reglamentos de planeación del menú, mantener registros de comidas exactos cada día y estar de acuerdo con las revisiones de monitoreo de nuestro personal mientras los hijos de usted estén bajo el cuidado del proveedor.

El proveedor de cuidado de su(s) hijo(s) recibirá una tarifa más alta de reembolso si los ingresos del hogar de usted cumplen o están por debajo de los lineamientos para ser elegible por ingresos que aparecen a continuación en esta carta o si algún miembro de su familia (niño o adulto) recibe el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and Children, WIC); o beneficios de algún otro programa estatal o federal para niños. Además, si usted cuida de algún niño de crianza temporal que sea responsabilidad legal del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (Department of Children and Family Services, DCFS) o la corte, estos niños son elegibles para beneficios de comidas sin importar sus ingresos de hogar.

Si los ingresos de usted están por encima de los lineamientos del siguiente cuadro, no hace falta que usted llene esta solicitud; sin embargo, nos sería muy útil si usted escribe el nombre del niño en la solicitud y la devuelve a su proveedor de cuidado de niños o si nos la envía por correo regular a la dirección que aparece en el sobre adjunto. Por favor, infórmenos si usted o alguien en su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos causa que el ingreso de su hogar esté dentro de los estándares de elegibilidad por ingresos.

La información que usted nos proporcione en la solicitud será usada para determinar la elegibilidad de su hijo/a para que reciba beneficios de alimentos. Se mantendrá dicha información confidencial y únicamente el personal directamente relacionado con la administración de CACFP tendrá acceso a ésta.

Por favor, tenga en cuenta que cuando usted firma la sección Número 4 del siguiente formulario HEA para el seguro de salud "Illinois All Kids Health Insurance", usted indica que usted no desea que su información sea compartida con el Departamento de Servicios de Salud y Familia de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services). Si usted está de acuerdo con que la información en su solicitud sea divulgada, ésta puede ser usada para identificar a su(s) hijo(s) para el programa de seguro de salud. Si desea más información sobre "All Kids", llame a la línea gratuita 866/255-5437 o 877/204-1012 (TTY).

Lineamientos para Ser Elegible por Ingresos - Vigente del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018

Comidas de Precio Reducido Lineamientos Federales sobre Pobreza 185%					
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	22,311	1,860	930	859	430
2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Por cada miembro adicional de su familia, añada	7,733	645	323	298	149

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor llame a su organización patrocinadora.

Atentamente,

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso 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 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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. (1/2016)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PADRE/TUTOR

Una vez que se le haya aprobado apropiadamente para los beneficios de comidas, la Solicitud de Elegibilidad Familiar (Household Eligibility Application, HEA) de un niño estará vigente por 12 meses.

Llene el formulario de Solicitud de Elegibilidad Familiar (Household Eligibility Application, HEA) para una de las siguientes áreas.

- Si alguien (niño o adulto) en su hogar recibe el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o algunos otros beneficios que califiquen, siga las **Instrucciones A**.
- Si usted o algún niño recibe beneficios del Programa Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and Children, WIC); Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program); o comidas gratuitas o de precio reducido del Programa Nacional de Desayunos o de Almuerzos Escolares, por favor siga las **Instrucciones B**.
- Si tiene un hijo de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o de la corte, siga las **Instrucciones C**.
- Si usted recibe ingresos, siga las **Instrucciones D**.

Instrucciones A - Hogares que reciben SNAP o TANF

Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, proporcione la siguiente información:

- **Número 1** - Anotar los nombres de TODOS los miembros que residen en el hogar del proveedor (abuelos, parientes, amigos, etc., que viven con usted) y las edades de los niños inscritos en su hogar de cuidado de niños de usted.
- **Número 3** - Registrar un número de caso válido de SNAP o TANF para cada uno de los miembros (niño o adulto) de este hogar. No proporcione su número de la tarjeta LINK de Illinois. El número de caso de SNAP o TANF se encuentra en la carta de elegibilidad de beneficios o en una tarjeta médica.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Programa de Seguro de Salud Todos los Niños (Illinois All Kids Health Insurance Program).
- **Número 6** - Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud.
- La solicitud está completa.

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

No es necesario que llene la información de ingresos si ya respondió a las Instrucciones A o si todos los niños que residen con el proveedor son hijos de crianza temporal documentados (vea las Instrucciones D). La información será verificada por el patrocinador.

Instrucciones B - Individuos que reciben WIC o el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos

Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de WIC o del Programa de Energía para hogares de Bajos Ingresos, proporcione la siguiente información.

- **Número 1** - Anotar a TODOS los miembros que residen en el hogar de usted (abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted) y las edades de los niños inscritos en el hogar de cuidado de niños de usted.
- **Número 3** - Identificar al individuo que recibe Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and Children, WIC) y registrar un número válido de caso WIC para dicho miembro (niño o adulto) de su hogar. Si un individuo o un hogar recibe asistencia del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos; o comidas gratuitas o de bajos recursos de los Programas Nacionales de Almuerzos o Desayunos Escolares, identifique al individuo que recibe los beneficios y marque la casilla "Otro Categórico Extendido".
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Illinois All Kids Health Insurance Program.
- **Número 6** - Proporcionar la firma de un miembro adulto de la familia y fechar la solicitud.
- La solicitud está completa.

Instrucciones C - Solicitud para niños de crianza temporal. Un hijo de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de DCFS o la corte.

1) Si usted tiene un documento legal de DCFS o de la corte para su hijo de crianza temporal, por favor entregue una copia; usted no necesita llenar esta solicitud. En caso de que no tenga un documento legal, siga los pasos 2 y 3 a continuación.

2) Si todos los niños en su hogar (inscritos en su hogar de cuidado de niños) son hijos de crianza temporal, proporcione la siguiente información:

- **Número 1** - Anotar los nombres y edades de los hijos de crianza temporal de usted que asisten a este hogar de cuidado de niños.
- **Número 2** - Marque las casillas que indican que los niños son hijo(s) de crianza temporal.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Illinois All Kids Health Insurance Program.
- **Número 6** - Proporcionar la firma de un miembro adulto del hogar y fechar la solicitud.
- La solicitud está completa.

3) Si usted tiene hijo(s) de crianza temporal junto con otros niños inscritos en su hogar de cuidado de niños, por favor proporcione la siguiente información:

- **Número 1** - Anotar los nombres de TODOS los miembros del hogar incluyendo a los hijos de crianza temporal y la edad de cada niño que asiste a este hogar de cuidado de niños.
- **Número 2** - Marque las casillas que indican que el/los niño(s) es/son hijo(s) de crianza temporal.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Illinois All Kids Health Insurance Program.
- **A continuación pase a las Instrucciones D - Hogares que reportan ingresos**

Instrucciones D - Hogares que reportan ingresos

No es necesario que llene la información de ingresos si usted proporcionó información de SNAP o TANF en el Número 3. Sin embargo, si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, por favor reporte todos los ingresos a su hogar. El formulario de solicitud HEA debe incluir la siguiente información:

- **Número 1** - Anotar los nombres de TODOS los miembros del hogar y las edades de los niños que asisten al hogar de cuidado de niños.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Illinois All Kids Health Insurance Program.
- **Número 5** - Anotar el ingreso bruto total (antes de las deducciones), no el sueldo neto; y la frecuencia, qué tan seguido se recibe el dinero, para cada miembro de la familia, durante el mes anterior. Si el ingreso del mes anterior no fue la cantidad que recibe normalmente, puede usted escribir la suma proyectada que represente de mejor manera su ingreso bruto.
 - ÚNICAMENTE para los trabajadores autónomos, anotar los ingresos 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 por Combate, no incluya estos subsidios como ingreso.
- **Número 6** - Proporcione los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si usted se rehúsa a proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social, la solicitud no puede ser autorizada. Si el adulto no cuenta con un número de seguro social, marcar la casilla que dice "no tengo número de seguro social".
- La solicitud está completa.

CACFP	CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE NIÑOS Y ADULTOS
USDA	UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS
HEA	(PARENT) HOUSEHOLD ELEGIBILITY APPLICATION FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE HOGAR (CARTA PARA EL PADRE)

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso 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 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.ocio.usda.gov/sites/fault/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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. (1/2016).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE LA PRIVACIDAD. La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para las comidas gratuitas o de precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social (Social Security Number) del adulto miembro del hogar quien firma esta solicitud. El Número de Seguridad Social no se requiere cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o usted incluye el número de caso de un participante del Programa de Asistencia Alimentaria (Food Assistance Program, FAP), Programa de Independencia de la Familia (Family Independence Program, FIP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) o algún otro identificador del FDIPIR o cuando usted indique que el adulto miembro del hogar quien firma la solicitud no tiene un Social Security Number. Nosotros usaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir las comidas gratuitas o reducidas de precio, y para la administración y observancia del Programa.