

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

Estimado Proveedor de Cuidado de Niños:

Nuestros registros indican que se le clasificó para las tarifas de reembolso de Nivel I o reclamó reembolso de Nivel I basado en una de las siguientes:

- Su hogar de cuidado de niños calificó para reembolsos de **Nivel I basado en la información de ingresos que usted sometió en su Solicitud de Elegibilidad de Hogar (Household Eligibility Application, HEA) del año anterior.** Para que pueda seguir en Nivel I por ingresos, usted debe llenar el siguiente formulario HEA. Para poder calificar para el Nivel I, los ingresos al hogar de usted deben estar al nivel o por debajo del nivel de los Lineamientos de Elegibilidad por Ingresos o un miembro de su hogar debe ser elegible para recibir los beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o 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 reclamó comidas para niños que califican** residentes en su hogar cuando otros niños asisten. Para que usted pueda seguir reclamando a niños que califican residentes en su hogar, usted debe llenar el siguiente formulario HEA y devolverlo a nuestras oficinas.
- Usted reclamó el reembolso de **Nivel I por comidas servidas a niño(s) de crianza temporal**, quienes residen en su hogar cuando otros niños asisten. Para que usted pueda recibir el reembolso de Nivel I por hijo(s) de crianza temporal que residen en su hogar, usted debe llenar el siguiente formulario HEA y devolverlo a nuestras oficinas.

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 no desea que su información sea compartida con el Illinois Department of Healthcare and Family Services. Si usted está de acuerdo con que la información en su solicitud sea divulgada, 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 2 semanas	Cada semana
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 la familia de usted, añadida	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 EL PROVEEDOR SOBRE CÓMO LLENAR EL FORMULARIO HEA

Una vez aprobados los beneficios de comidas, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (Household Eligibility Application, HEA) de un niño está vigente por 12 meses. Siga estas instrucciones para una de las siguientes áreas del formulario HEA.

PARA PROVEEDORES QUE NO CALIFIQUEN PARA NIVEL I POR CENSO O ESCUELA, QUIENES SOLICITAN EL NIVEL I POR ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - REFIERANSE A LAS INSTRUCCIONES A Y B.

Si algún niño o adulto en su hogar **recibe los beneficios del 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**. La información será verificada por su patrocinador.

Instrucciones A - Hogares que reciben SNAP o TANF o algún otro tipo de beneficios que califiquen.

- **Número 1** - Anotar los nombres de TODOS los miembros que residen en el hogar del proveedor (abuelos, parientes, amigos, etc., que viven 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 en una tarjeta médica. No utilice un número de la tarjeta LINK de Illinois. La información SNAP o TANF que provea requerirá verificación por parte de la organización patrocinadora. Se requiere proporcionar documentación de estos beneficios.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - *Illinois All Kids Health Insurance Program*.
- **Número 6** - Marque la casilla que mejor describa el propósito de la solicitud.
- **Número 7** - 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 - Hogares que Reportan Ingresos

- **Número 1** - Anotar a TODOS los miembros que residen en el hogar del proveedor (abuelos, otros parientes o amigos que vivan con el proveedor) y las edades de los niños inscritos en el hogar de cuidado de niños del proveedor. (Los niños de crianza temporal pueden ser incluidos en el formulario HEA).
- **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.
 - 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** - Marque la opción que mejor describa el propósito de su solicitud.
- **Número 7** - El proveedor debe firmar y fechar la solicitud.
- **Además**, proporcione los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del proveedor 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. Debe usted entregar los documentos que apoyen toda la información (documentos de los hijos de crianza temporal si es el caso, talones de cheques de nómina, 1040 Schedule C, W-2, etc.)
- La organización patrocinadora verificará la información que usted escribió en el formulario HEA.

PARA PROVEEDORES IDENTIFICADOS EN LA CATEGORÍA DE NIVEL II QUE DESEEN RECLAMAR HIJOS DE CRIANZA TEMPORAL CUANDO NIÑOS DE AFUERA ESTÉN PRESENTES:

Si se le ha aprobado a usted para la clasificación de **Nivel I por datos del censo o escuela y desea reclamar niños que califiquen, incluyendo a los hijos de crianza temporal, niños que residen con usted cuando niños de afuera estén presentes**, usted debe llenar un formulario HEA para que pueda reclamar a los hijos de crianza temporal que vivan con usted. Vea las **Instrucciones C**. La solicitud puede ser verificada por el patrocinador.

Instrucciones C - El proveedor que ha sido aprobado en la clasificación de Nivel I por Escuela o Censo y desee reclamar a niños que residen con el proveedor. Siga las instrucciones que se encuentran en **Instrucciones B, Números 1 a 7**. La organización patrocinadora puede verificar la información.

PARA PROVEEDORES QUE SE IDENTIFICAN EN LA CLASIFICACIÓN DE NIVEL II QUE DESEEN RECLAMAR HIJOS DE CRIANZA TEMPORAL CUANDO NIÑOS DE AFUERA ESTÉN PRESENTES:

Un hijo(s) de crianza temporal que resida con usted es/son elegible(s) para el reembolso de Nivel I para comidas elegibles, cuando niños de afuera que califiquen estén presentes, no importando cuál sea su clasificación (Nivel I o Nivel II) cuando un formulario HEA haya sido sometido por el proveedor. La elegibilidad del hijo de crianza temporal no se transfiere al hogar. Para poder documentar a un niño como hijo de crianza temporal, usted debe entregar junto con el formulario HEA para cada hijo de crianza temporal un documento legal del Departamento de Servicios a Niños y Familias de Illinois (Department of Children and Family Services, DCFS) o un representante designado por DCFS. En vez de un documento, el proveedor puede solicitar que DCFS o su representante llene el formulario 50-73 (Formulario de Certificación para personas sin hogar, fugitivo, migrante, ventaja inicial y de cualquier hijo de crianza temporal), el cual se encuentra en el 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 temporal que vivan en el hogar de un proveedor, por favor proporcione la siguiente información en el formulario:

- **Número 1** - Escriba el nombre y edad de cada uno de los niños que vivan en el hogar de cuidado de niños del proveedor.
- **Número 2** - Marque las casillas que indiquen que se trata de hijo(s) de crianza temporal.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - *Illinois All Kids Insurance Program*.
- **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 DE HOGAR PARA PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS

<p>1 Escriba el nombre de todos los que viven en el hogar (niños y adultos)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:35%;">NOMBRE (Primer nombre, segundo nombre, apellido)</th> <th style="width:10%;">Marcar si no tiene ingreso</th> <th style="width:10%;">Fecha de nacimiento</th> <th style="width:10%;">Edad de los hijos del proveedor</th> <th style="width:10%;">HIJO DE CRIANZA Marcar si hay niños que sean responsabilidad legal de DCFS o la corte.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center;">/ /</td><td> </td><td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Marcar si no tiene ingreso	Fecha de nacimiento	Edad de los hijos del proveedor	HIJO DE CRIANZA Marcar si hay niños que sean responsabilidad legal de DCFS o la corte.		<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"/>		<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	<p>2 HIJO DE CRIANZA Marcar si hay niños que sean responsabilidad legal de DCFS o la corte.</p>	<p>3 NÚM. de CASO DE SNAP or TANF Omitir si se trata de hijo de crianza. Escriba el núm. de caso de SNAP o TANF de cada niño o adulto en su hogar. NO USE el número de tarjeta LINK. Si lo llena, pase al número 6. No incluya al hijo de crianza.</p> <p>Nombre del niño o adulto: _____</p> <p>Número de caso _____</p>
NOMBRE (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Marcar si no tiene ingreso	Fecha de nacimiento	Edad de los hijos del proveedor	HIJO DE CRIANZA Marcar si hay niños que sean responsabilidad legal de DCFS o la corte.																																																					
	<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"/>																																																					
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>																																																					
	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>																																																					
<p>4 OPCIONAL—COMPARTIR INFORMACIÓN CON "ALL KIDS INSURANCE PROGRAM" ¿Podemos compartir la información aquí con el "All Kids Insurance Program", el programa completo de seguros para todo niño en Illinois? En este caso, no firme aquí.</p> <p>Si no desea que la información en esta solicitud sea compartida con "All Kids Insurance Program". Firme aquí: _____</p>																																																									

5 MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS—Escriba únicamente los nombres de personas que viven en el hogar, su ingreso bruto y con qué frecuencia se recibe. Si una persona tiene un segundo trabajo, escriba tal ingreso en la última columna. Después de llenarlo, pase al Número 6.

NOMBRES (Escriba únicamente el nombre de las personas con ingresos)	Ingreso de Trabajo (Bruto antes de las deducciones)		Ingresos de Welfare, Manutención de Hijos, Pensión Alimenticia		Ingresos del Retiro, Pensiones, SSI, Seguridad Social		Ingresos Recibidos de Cuenta de ahorros, Inversiones, Fiduciaria y Demás Recursos	
	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	
	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /	

6 Debe marcar únicamente una opción.

Soy proveedor que solicita reclamar a mis propios hijos y calificar en Nivel I. Soy proveedor sin ningún niño/hijo que solicite el Nivel I.

Soy proveedor de Nivel I basado en datos del censo o escuela y solicito reclamar a mis propios hijos.

7 Firma y Número de Seguro 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 asimismo escribir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la opción que indica que no tiene número de seguridad social.

Número de Seguro Social: X X X - X X - _____ No tengo Número de Seguro Social (Social Security Number)

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos mis ingresos son reportados. Entiendo que la cantidad de fondos federales recibida 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 falsedad intencionada de la información puede ser motivo de procesamiento judicial según 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
-------	-------------------------------------	------------------------------------	--

Nombre del Proveedor de ACD

Número del Proveedor de ACD

PARA USO ÚNICO DEL PATROCINADOR—DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD — Siga las Instrucciones de Ingresos del Hogar.

<p>Marque una de las siguientes opciones sobre cómo determina la elegibilidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de SNAP/TANF <input type="checkbox"/> Ingresos del Hogar</p> <p>CUADRO DE CONVERSIÓN Para convertir todos los ingresos en ingreso anual, use estos cálculos de conversión: Ingreso semanal x 52 Cada dos semanas x 26 Dos veces al mes x 24 Mensualmente x 12</p> <p>Use el cuadro de conversión para convertir los ingresos en el ingreso anual total. El número total de miembros del hogar de la Sección 5.</p> <p>Total de Ingresos Anuales \$ _____ del Hogar</p> <p>Total del Tamaño del Hogar _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Aprobado para reclamar comidas de Niños de Crianza en Tarifa de Nivel I <input type="checkbox"/> Aprobado el Nivel I para los hijos propios del proveedor (de ser aplicable) <input type="checkbox"/> Negado</p> <p>Firma del Representante: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>*Fecha vigente de la solicitud: _____</p> <p>*La fecha en que entra en vigencia puede hacerse retroactiva al primer día en que el proveedor participa en CACFP siempre y cuando ésta tenga lugar en el mismo mes en que se certifica la elegibilidad del proveedor.</p>
---	---

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

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 Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) o algún otro identificador del FDPIR 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, 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. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.