



Michigan Office
 139 W. Lake Lansing Rd., Suite 120 • East Lansing, MI 48823
 Telephone: (800) 234-3287 • FAX: (517) 332-5543

Illinois Office
 4415 W. Harrison St., Suite 535 • Hillside, IL 60162
 Telephone: (800) 284-5273 • FAX: (708) 236-0872

www.acdkids.org

DECLARACIÓN MENSUAL DE INGRESOS Y GASTOS

Este formulario es únicamente para el proveedor de cuidado de niños. Por favor, incluya todos los demás ingresos en la Solicitud de Elegibilidad de Ingresos del Proveedor. No haga este formulario si usted recibe ayuda en estampillas de alimentos o en dinero en efectivo.

Nombre del proveedor: _____ ACD #: _____

Número de licencia: _____ Mes: _____

Ingreso: No documente el Ingreso de ningún otro miembro adicional de su hogar en la siguiente área, excepto la del proveedor de cuidado de niños.

Fuente de Ingreso	Cantidad de Ingreso
_____ Reembolso de CACFP _____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
	\$ _____
	Ingresos Brutos Totales

Gastos: La lista a continuación no es una lista completa de gastos autorizados. Por favor consulte un manual de instrucciones del IRS o revise un formulario Programa C (Schedule C) para mayores detalles. Por favor, considere que los gastos como la hipoteca/renta, gastos de vehículo, seguro, reparación/mantenimiento y servicios son muy frecuentemente **gastos indirectos**. Ello significa que **sólo una porción de la cantidad mensual pagada puede deducirse como gasto**.

Gastos Indirectos – Por favor, incluya la cantidad total de sus gastos indirectos en la columna de título “total” y la cantidad usada hacia el cuidado de niños en la columna “cuidado de niños”.

“Educando a padres de familia y proveedores de cuidado sobre nutrición para promover el desarrollo de los niños y establecer hábitos alimenticios saludables de por vida”.

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 necesitan 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)

Gastos Indirectos	total	cuidado de niños
Gasto de Vehículo.....	\$	\$
Seguro (aparte del médico).....	\$	\$
Hipoteca/Renta.....	\$	\$
Reparaciones/Mantenimiento.....	\$	\$
Servicios (teléfono, electricidad, calefacción, agua, etc.).....	\$	\$
Otros, _____.....	\$	\$
Otros, _____.....	\$	\$

Gastos Directos

Servicios Legales y Profesionales.....	\$ _____
Publicidad.....	\$ _____
Seguro de Responsabilidad de Cuidado de Niños.....	\$ _____
Cuotas de Licencia/Inscripción.....	\$ _____
Materiales de Oficina.....	\$ _____
Alimentos (Gastos de comida).....	\$ _____
Salarios pagados a los empleados.....	\$ _____
Otros, _____.....	\$ _____
Otros, _____.....	\$ _____

Gastos Totales:

\$ _____

Ingreso Neto: (Ingresos Brutos Totales menos Gastos Totales)

\$ _____

Certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta en todos sus aspectos; que es dada en conexión con el recibo de fondos federales y que la falsedad intencionada puede resultar en procesamiento estatal o federal.

Firma

Fecha

"Educating parents and caregivers about nutrition to promote the development of children and establish healthy eating habits to last a lifetime."

Michigan Office - 139 W. Lake Lansing Rd., Suite 120 • East Lansing, MI 48823 • Telephone: (800) 234-3287 • FAX: (517) 332-5543
Illinois Office - 4415 W. Harrison St., Suite. 535 • Hillside, IL 60162 • Telephone: (800) 284-5273 • FAX: (708) 236-0872