

ASSOCIATION FOR CHILD DEVELOPMENT

EXTRACTO 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 Declaración de Elegibilidad por Ingresos del Proveedor (Provider Income Eligibility Statement, PIES). Por favor, no llene este formulario si usted ya recibe ayuda en estampillas para alimentos o asistencia en efectivo.

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_

Ingresos: Por favor, no escriba los Ingresos de ningún otro miembro del hogar en esta sección, sino que únicamente los ingresos del proveedor de cuidado de niños.

| Fuente de Ingresos             | Cantidad de Ingresos    |
|--------------------------------|-------------------------|
| _____ Reembolso de CACFP _____ | \$ _____                |
| _____                          | \$ _____                |
| _____                          | \$ _____                |
| _____                          | \$ _____                |
|                                | \$ _____                |
|                                | Ingresos Brutos Totales |

Gastos:

La siguiente lista no contiene todos los gastos permitidos. Por favor, consulte un manual de instrucciones de IRS o consulte un formulario "Schedule C" para recibir mayor información. Por favor, tenga en cuenta que los gastos como son la renta/hipoteca, gastos de vehículo, seguro, reparaciones/mantenimiento y servicios son los más frecuentes gastos indirectos. Ello significa que únicamente una porción de la cantidad pagada mensualmente puede deducirse como gastos.

Gastos Indirectos – Por favor, calcule su porcentaje del negocio para determinar la cantidad de gastos final por gastos indirectos. Escriba sus gastos después de haber calculado el porcentaje de su negocio \_\_\_\_\_%

- Gastos del vehículo..... \$ \_\_\_\_\_
- Seguro (que no sea el de salud)..... \$ \_\_\_\_\_
- Hipoteca/Renta..... \$ \_\_\_\_\_
- Reparaciones/Mantenimiento..... \$ \_\_\_\_\_
- Servicios (Teléfono, Electricidad, Calefacción, Agua, etc.).....\$ \_\_\_\_\_
- Algún otro, \_\_\_\_\_..... \$ \_\_\_\_\_

**Gastos Directos**

- Servicios legales y profesionales..... \$ \_\_\_\_\_
- Publicidad..... \$ \_\_\_\_\_
- Seguro de Responsabilidad del Hogar de Cuidado de Niños.....\$ \_\_\_\_\_
- Gastos de licencia/Registro..... \$ \_\_\_\_\_
- Materiales..... \$ \_\_\_\_\_
- Alimentos (Gastos de comida)..... \$ \_\_\_\_\_
- *Únicamente puede deducir la cantidad aprobada de Reembolso del CACFP*
- 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 otorgada con el fin de recibir fondos federales y, que la falsedad intencionada de dicha información puede ser motivo de procesamiento según las leyes estatales y federales aplicables.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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](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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (1/2016)