

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Esta carta está destinada a los padres o tutores de niños inscritos en un hogar de cuidado diurno. Como parte de nuestra participación en el programa de alimentación de niños y adultos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), **Name of day care home** ofrece comidas sanas a todos los niños inscritos. El programa CACFP reembolsa las comidas y las meriendas sanas servidas a los niños inscritos en el programa de cuidado infantil. Complete el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas adjunto y ayúdenos a cumplir con los requisitos del programa CACFP.

1. **¿Es necesario completar un formulario, declaración confidencial de ingresos, para que mis hijos reciban beneficios de CACFP?** No, pero si decide hacerlo, su proveedor puede recibir un reembolso más alto para las comidas servidas a su hijo. Si completa el formulario, usted tiene la opción de devolverlo directamente al proveedor o al patrocinador del proveedor, **Nutrition First**. Si desea proporcionar el formulario directamente al patrocinador, devolver el formulario completado a: **Nutrition First, 2475 Center St NE, Salem, OR 97301**. Si desea dar el formulario directamente al proveedor, escriba las iniciales en el cuadro de la sección 7 del formulario y darle al proveedor. Si usted da su consentimiento para permitir que el proveedor para recoger su formulario y proporcionar al patrocinador, inicial, la declaración de consentimiento en la sección 7 de la declaración de renta confidencial. El proveedor no revisará su formulario.
2. **¿Tengo que llenar un Formulario para obtener beneficios de comidas para cada uno de mis hijos inscritos en cuidado diurno?** Puede completar y presentar un Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas del programa CACFP que incluya a todos los niños de su unidad familiar inscritos en cuidado diurno únicamente si todos los niños están inscritos en el mismo hogar. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de leer detenidamente las instrucciones y dar toda la información solicitada.
3. **¿Quién califica para obtener el reembolso más alto sin dar información sobre los ingresos?** Su proveedor recibirá un reembolso más alto por las comidas servidas a hijos de crianza y niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios del programa Supplemental Nutrition Assistance program (SNAP), el programa de beneficencia Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o el programa de distribución de alimentos en reservas indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez califiquen para el reembolso más alto.
4. **¿Quién califica para obtener el reembolso más alto según los ingresos?** Su proveedor podría recibir un reembolso más alto por las comidas que sirve a sus hijos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites señalados para precios reducidos del Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud. Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez califiquen para el reembolso más alto.
5. **¿Puedo llenar un formulario aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense?** Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir los beneficios de comidas que se ofrecen en el hogar de cuidado diurno.
6. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi unidad familiar?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar (como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. También puede incluir a todos los hijos de crianza que vivan con usted.
7. **¿Cómo declaro la información de ingresos y los cambios de condición de empleo?** Los ingresos declarados tienen que ser los ingresos totales brutos, indicados por fuente, que cada miembro de la unidad familiar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proveer una estimación de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido ningún cambio significativo, puede usar los ingresos del mes pasado como base para hacer esta estimación. Si los ingresos de su unidad familiar equivalen o están por debajo de los montos especificados en el cuadro de ingresos adjunto para una unidad familiar del mismo tamaño que la suya, el hogar de cuidado diurno recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir reembolso a la tarifa más alta, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR. Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.
8. **¿Qué sucede si mis ingresos no son uniformes?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces.
9. **¿Qué sucede si tengo hijos de crianza** Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal califican automáticamente para el reembolso más alto. Las unidades familiares pueden incluir a esos hijos de crianza en el para obtener beneficios de comidas, pero no tienen que incluir en sus ingresos los pagos recibidos por esos hijos de crianza. Las unidades familiares que deseen solicitar esos beneficios para los hijos de crianza deben comunicarse con **.Nutrition First at 503-581-7563**
10. **Estamos en las fuerzas militares, ¿incluimos nuestras subvenciones de vivienda y suplementarias como ingresos?** Si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares Military Housing Privatization Initiative y usted recibe la subvención suplementaria Family Subsistence Supplemental Allowance, no incluya esas subvenciones como ingresos. Además, en el caso de miembros del servicio militar desplegados, únicamente la porción de los ingresos del miembro del servicio militar desplegado que este ponga o que se ponga en su nombre a disposición de la unidad familiar se contará como ingresos de la unidad familiar. La paga de combate, incluida la paga de incentivo para extender el despliegue (DEIP) también se excluye y no se cuenta en los ingresos de la unidad familiar. Todas las demás subvenciones se deben incluir en sus ingresos brutos.

En la operación de programas de alimentación de niños, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **503-581-7563**.

Atentamente,

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Carmen Romero, Program Director  
Nutrition First CACFP



**2025-2026 DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS - Family Day Care Tier 2 / Family Income****INSTRUCCIONES**

- Si recibe SNAP, TANF, WIC, OHP, Head Start, Comida gratis o precio reducido en la escuela (NSLP) complete secciones 1-3 and 7, y 6; sección es opcional.
- Si no recibe estos beneficios y su ingreso es menor que el que aparece en las guías de ingresos, complete sección 1-5 and 7; y 6; sección es opcional
- Si esta aplicando solamente por un NIÑO DE CRIANZA colocado en un hogar por la corte o agencia oficial, complete secciones 1, 4 and 7, y 6 sección es opcional.

**1 INFORMACIÓN DEL CUIDADOR**Nombre del cuidador (*Apellido, nombre*): \_\_\_\_\_
☐ Si ☐ No Puede compartir la información en ésta solicitud con el cuidador. Entiendo que mis niños pueden participar en el programa si elijo no compartir ésta información.
**2 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Escriba el nombre de la persona que esta completando ésta solicitud (apellido, nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de su Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_

 Número total de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_  
 (Escriba los nombres de todos en secciones 4 y/o 5 de ésta solicitud)
**3 BENEFICIOS PUBLICOS** Indique si su familia recibe uno de los siguientes beneficios y el número del caso:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nº del caso \_\_\_\_\_

- ☐ SNAP (Programa de Asistencia Suplementaria) *No se acepta el Nº del Oregon Trail Card*  
☐ TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) (*No se acepta el Nº de Employment Related Day Care*)  
☐ FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indias) ☐ Head Start ☐ OHP (Oregon Health Plan)  
☐ WIC Nº del caso \_\_\_\_\_ ☐ Comida gratis o precio reducido en la escuela – NSLP

**4 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS** (Los nombres de sus hijos matriculados en el cuidado de los niños)

Nombre del niño (apellido, nombre)

Fecha de Nacimiento

Edad

Marque si es un niño de crianza (ver instrucciones)

- |          |       |       |                          |
|----------|-------|-------|--------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

**5 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL –** Patrocinador puede requerir verificación de ingreso mensual
 Incluya los nombres de **todas** las personas que viven en el hogar si no estan mencionados en número 2, a menos que ellos reciben ingresos.  
 (*Apellido, nombre*)

INGRESO MENSUAL DEL TRABAJO (antes de los deducciones)

MANUTENCION MENSUAL de niños y/o de Esposa/o, Y Asistencia Pública

MENSUAL Seguro Social (cheque verde/dorado), pensiones y jubilación

OTRO INGRESO– Incluye desempleo y compensación de trabajadores

Marque si no hay ingreso

- |          |       |       |       |       |                          |
|----------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 6. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

**6 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)**

Por favor, marque la identidad racial y étnica de su niño.

Marque una identidad étnica:

- ☐
- Hispano o Latino
- 
- ☐
- No Hispano o Latino

Marque una o mas identidad racial, si aplica:

- ☐
- Americano Nativo / Nativo de Alaska
- 
- ☐
- Asiático
- 
- ☐
- Negro o Afro Americano

- ☐
- Hawaiano Nativo / de las Islas del Pacifico
- 
- ☐
- Blanco
- 
- ☐
- Otro: \_\_\_\_\_

**7 FIRMA, FECHA Y ÚLTIMA CUATRO NÚMEROS DE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (Adulto debe firma)**

Certifico que toda la información en ésta solicitud es verdadera y correcta y que todo el ingreso es reportado. Entiendo que doy ésta información para recibir fondos federales, que los funcionarios del Estado pueden verificar la información en ésta solicitud, y que si falsifico intencionalmente la información puedo quedar sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

\_\_\_\_\_Escriba las iniciales para autorizar al cuidador para que reciba y entregue ésta solicitud. El cuidador no revisará la solicitud.

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha Firmado

Número de Seguro Social \*(Vea información de privacidad)

☐ No tengo un número de Seguridad Social

X \_\_\_\_\_

Mes/día/año

XXX-XX-\_\_\_\_

**SPONSOR USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_

Eligibility : ☐ Tier 1 ☐ Tier 2Eligibility based on : ☐ SNAP ☐ TANF ☐ FDPIR ☐ Head Start ☐ OHP ☐ WIC ☐ NSLP ☐ Household Income ☐ Foster Child

Notes: \_\_\_\_\_

 Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Check (initial) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## DETERMINACIÓN DEL INGRESO MENSUAL PARA EL SALARIO Y ENTRADAS

El ingreso **Mensual** de todos los miembros del hogar debe ser reportado en la Sección 4 de esta aplicación. Una entrada significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, soporte para los hijos, pensión matrimonial, otras pensiones, jubilación, seguro social, o de cualquier otra fuente de ingreso. Excluir prestamos estudiantiles.

Los participantes WIC pueden recibir gratis o reducción comidas de precio. Sin hogar, migrantes y jóvenes fugitivos son categóricamente elegibles para comidas gratuitas.

Los miembros del hogar que no reciben pago mensual deben cambiar sus entradas en ingreso mensual haciendo lo siguiente:

**Miembros del hogar que reciben cada semana:** multiplicar el total de ingresos y salarios durante un pago, antes de deducciones, por 52. Luego se dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

**Miembros del hogar que se les paga cada 2 semanas:** multiplicar el total de ingresos y salarios durante un pago, antes de deducciones, por 26. Luego se dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

**Miembros del hogar que se pagan dos veces por mes:** multiplicar el total de ingresos y salarios de uno pagan período, antes de deducciones, por 24 entonces dividen por 12. La cantidad resultante es el total de ingresos mensual.

**Miembros del hogar que son los trabajadores estacionales o trabajan menos de 12 meses:** tasa anual proyecto de ingresos con precisión representan circunstancias reales y luego dividir por 12. La cantidad resultante es el ingreso mensual proyectado.

## DIRECTRICES FEDERALES DE INGRESOS

Tus hijos podrán acogerse al menos para las comidas de precio reducido si los ingresos de los hogares cae dentro de los límites del gráfico.

Tamaño del hogar	Comidas de precio reducido				
	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
-1-	28,953	2,413	1,207	1,114	557
-2-	39,128	3,261	1,631	1,505	753
-3-	49,303	4,109	2,055	1,897	949
-4-	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
-5-	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
-6-	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
-7-	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
-8-	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
Para cada miembro de la familia adicional añadir	10,175	848	424	392	196

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Richard B. Russell escuela almuerzo ley nacional requiere la información sobre esta aplicación. No tienes que dar la información pero si no lo hace, no puede aprobar a su hijo gratis o reducido las comidas de precio. Debe incluir los últimos 4 dígitos del número de seguridad social de los adulto miembro del hogar quien firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguridad social no es necesaria cuando se aplica en nombre de un niño adoptivo o se lista un suplementario nutrición asistencia programa (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa caso número o programa de distribución de alimentos de identificador de reservaciones indias (FDIR) para su hijo o cuando usted indica que el miembro del hogar adultos firmar la aplicación no tiene un número de seguridad social. Utilizamos su información para determinar si su hijo es elegible gratis o reducido las comidas de precio y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Podemos compartir su información de elegibilidad con educación, salud y programas de nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; Auditores para programa de exámenes; y la ley de funcionarios policiales para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa. Podemos compartir la información en este formulario con Medicaid o el programa de seguro de salud (SCHIP infantiles estado), a menos que no nos dices. La información, si divulgada, sólo se utilizará para identificar a los niños elegibles y pretenden inscribirse en Medicaid o SCHIP.

**Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o **(2) fax:** (833)256-1665 o (202) 690-7442; o **(3) correo electrónico:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.