



Estimado proveedor:

Para calificar para recibir el reembolso Tier I, o bien si desea recibir reembolso por las comidas que sirve a sus propios hijos de conformidad con el programa de alimentos Child and Adult Care Food Program (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU., debe llenar, firmar y entregarnos el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas que se adjunta.

1. **¿Cómo califico para el reembolso Tier I por las comidas que sirvo a niños inscritos en mi hogar?** Debe: (a) vivir en un área elegible según la necesidad económica determinada por datos de matrícula escolar o el censo, o (b) demostrar que existe la necesidad económica por medio de la información suministrada en el Formulario de elegibilidad según los ingresos para recibir beneficios de comidas.
2. **¿Quién decide si soy elegible como hogar de cuidado diurno Tier I?** Nuestra oficina determinará su condición de elegibilidad. Usaremos la información que nos provea en el Formulario para obtener beneficios de comidas. Asegúrese de llenar y firmar el formulario, declarar todos los ingresos de la unidad familiar (no solo los ingresos de su negocio de hogar de cuidado diurno) y proveer los comprobantes correspondientes sobre sus ingresos. Entregue el formulario lleno y demás documentos a: **Nutrition First, 2475 Center St NE, Salem, OR 97301.**
3. **¿Qué tipos de expedientes debo presentar con mi Formulario para obtener beneficios de comidas?** Si operó un negocio de hogar de cuidado diurno el año pasado, adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente, con el anexo Schedule C. Si su declaración de impuestos reciente y el anexo Schedule C no representan sus ingresos, puede presentar documentación de sus ingresos y gastos recientes. Para hacerlo, incluya los comprobantes de paga del trabajo y otras formas de ingreso. Los documentos que envíe tienen que mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que se recibió, cuánto se recibió y qué tan frecuentemente se recibió.
4. **¿Cómo recibo reembolso por las comidas servidas a mis propios hijos?** Por ley, se le exige completar este formulario si desea reclamar las comidas servidas a sus propios hijos. Aunque viva en un área de necesidad económica, o que ya lo hayan clasificado como hogar Tier I, tiene que llenar este formulario. Nuestra oficina tal vez verifique la información de ingresos que usted presente.
5. **Si no vivo en un área de necesidad económica o no deseo presentar el Formulario para obtener beneficios de comidas, ¿cuáles son mis opciones de reembolso?** Recibirá tarifas de reembolso más bajas por las comidas servidas a los niños inscritos en su hogar de cuidado diurno.
6. **¿Se va a verificar la información que yo dé?** Tal vez. Es posible que le pidamos que envíe prueba por escrito para verificar la información que proporcionó en el formulario. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que suministré en este formulario?** Le conviene hablar con su organización patrocinadora.
7. **¿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.
8. **¿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, recibirá un nivel de reembolso más alto. Cuando le aprueben debidamente para recibir beneficios gratuitos o a precios reducidos, seguirá siendo elegible para recibir esos beneficios durante un período máximo de 12 meses. Ese es el caso independientemente de que la aprobación se haga según los ingresos o por proveer prueba de los beneficios mediante un número de caso actual de 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 reservaciones indígenas Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Sin embargo, debe notificarnos si usted o algún otro miembro de su unidad familiar queda desempleado y la pérdida de ese ingreso durante el período de desempleo ocasiona que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.
9. **¿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.
10. **¿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 las comidas gratis, sin importar los ingresos de la unidad familiar. Las unidades familiares que quieren solicitar para **los** beneficios deben cumplir la Declaración Confidencial de Ingresos. Además, los hijos de crianza se pueden incluir como miembros de la unidad familiar para fines de determinar la elegibilidad de otros niños de la unidad familiar para recibir comidas gratuitas y a precios reducidos.
11. **Estamos en las fuerzas militares; ¿incluimos nuestra subvención de vivienda 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 del programa CACFP, 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

Provider Letter (Tier 1) Spanish

2026- 2027 DECLARACIÓN CONFIDENCIAL DE INGRESOS – Child Care Centers/Family Day Care Providers**INSTRUCCIONES**

- Si recibe SNAP, TANF o FDPIR complete secciones 1-3, y 5; sección 6 es opcional.
 - Si su ingreso es menor que lo que aparece en las guías de ingresos, complete secciones 1, 2, 4, y 5; sección 6 es opcional.
 - Si se aplica a sólo un niño de FOSTER, completar partes 1, 2, y 5; sección 6 es opcional.
- Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

1 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (Los nombres de sus hijos matriculados en el cuidado de los niños)

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

Teléfono de Casa

Impresión de nombre

Teléfono del Trabajo

Dirección

Cantidad total de personas residentes en el hogar _____

Ciudad, Estado, Código Postal

(Escriba los nombres de todos en secciones 2 y/o 4 de ésta solicitud)

2 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS (Nombres de los niños que asisten a la guardería)

Nombre del niño (apellido, nombre)

Fecha de Nacimiento

Edad

Marque si es un niño de crianza (ver instrucciones)

1. _____
2. _____
3. _____

☐

☐

☐

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 (distribución de alimentos en las reservas indias)**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL - Si no ver mensualmente, para conversiones**

Columna 1

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)

Columna 2

INGRESO
MENSUAL
DEL TRABAJO
(antes de los
deducciones)

Columna 3

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

Columna 4

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

Columna 5

OTRO INGRESO—
Incluye desempleo
y compensación
de trabajadores

Columna 6

Marque si
no
hay ingreso

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

5 FIRMA, FECHA Y NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

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.

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha

Número de Seguro Social *(Ver información de privacidad)

☐ No tengo un
número de
Seguridad Social

X _____

Mes/ día /año

XXX-XX-__ __

6 IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA (no requerida)

Marque una identidad étnica:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

Marque una o mas identidad racial, si aplica:

- ☐ Asiático
- ☐ Americano Nativo / Nativo de Alaska
- ☐ Hawaiano Nativo / de las Islas del Pacifico
- ☐ Negro o Afro Americano
- ☐ Blanco
- ☐ Otro: _____

SPONSOR USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in Household: _____

Centers

FDCH

Eligibility: ☐ Free ☐ Reduced Price ☐ Above Scale☐ Tier 1 ☐ Tier 2Eligibility based on: ☐ SNAP ☐ TANF ☐ FDPIR ☐ Household Income ☐ Foster Child

Notes: _____

Determining Official's Signature: _____

Date _____

2nd Check (initial): _____

Date: _____

Tier 1 School: _____ % _____

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Sección 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Sin hogar, migrantes y jóvenes fugitivos son categóricamente elegibles para comidas gratuitas.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

Miembros del hogar que cobran cada semana: Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas: Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que cobran dos veces al mes: Multiplique por 24 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

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-	29,526	2,461	1,231	1,136	568
-2-	40,034	3,337	1,669	1,540	770
-3-	50,542	4,212	2,106	1,944	972
-4-	61,050	5,088	2,544	2,349	1,175
-5-	71,558	5,964	2,982	2,753	1,377
-6-	82,066	6,839	3,420	3,157	1,579
-7-	92,574	7,715	3,858	3,561	1,781
-8-	103,082	8,591	4,296	3,965	1,983
Para cada miembro de la familia adicional añadir	10,508	876	438	405	203

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTRA INFORMACIÓN

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 (FDPIR) 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.

DECLARACIÓN 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, <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf> 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