



Como un requisito del programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP), los centros de cuidado infantil deben entregar anualmente este paquete completo a todos los padres sin distinción del sueldo. Este centro se reembolsa al servir comidas nutritivas y meriendas a todos los niños inscritos para el cuidado infantil o cuidado después de la escuela.

**Los padres/guardianes deben devolver todos los artículos con un asterisco (\*) a la oficina principal de su centro de cuidado infantil.**

- A. Carta para padres con Preguntas Frecuentes
- B. Declaración de elegibilidad de ingresos para comidas de CACFP\*
- C. Compartir información con Medicaid / SCHIP\* (opcional para regresar)
- D. Declaración jurada del infante\* (obligatorio para todos los infantes en cuidado)
- E. Promoción de WIC
- F. Promoción de *Construyendo Para El Futuro*

### **G. Adaptaciones especiales para niños con necesidades dietéticas**

Para los niños con adaptaciones especiales para comer, la Declaración Médica para Solicitar Comidas Especiales o Adaptaciones debe ser completado por un médico o autoridad médica autorizada. Una nota de los padres no es documentación adecuada. Solicite una copia al centro o descárguela : [www.qualitycareforchildren.org/forms](http://www.qualitycareforchildren.org/forms).

A



Estimado Padre/Guardián:

Esta carta está dirigida a los padres o guardianes de los niños inscritos en un centro de cuidado infantil. \_\_\_\_\_ ofrece comidas nutritivas a todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El programa CACFP ofrece reembolsos por comidas saludables y meriendas que se sirven a los niños inscritos en el cuidado infantil. Ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP completando el formulario adjunto de Declaración de Elegibilidad de Ingresos para el beneficio de comidas de CACFP. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si su(s) hijo (s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido. Este formulario será archivado y tratado como información confidencial.

Quality Care for Children (QCC) es un patrocinador administrativo de CACFP y trabaja con este centro de cuidado infantil y / o programa extracurricular. QCC ayudará a garantizar que nuestro programa funcione y cumpla con los estándares del USDA. Para obtener más información sobre QCC, vaya a [www.qualitycareforchildren.org](http://www.qualitycareforchildren.org).

## Preguntas Más Frecuentes

**1. ¿Necesito completar una Declaración de Elegibilidad de Ingresos (IES) para cada uno de mis hijos en cuidado infantil?** Puede completar y enviar un (1) formulario IES para todos los niños inscritos en cuidado infantil en su hogar sólo si los niños en cuidado infantil están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, así que asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente y complete toda la información requerida. **Devuelva el formulario completo a:** [forms@qccga.org](mailto:forms@qccga.org).

**2. ¿Quién puede recibir comidas gratis sin proporcionar información sobre sus ingresos?** Los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente Cupones para Alimentos), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) pueden recibir comidas gratis. Los niños de crianza y los niños inscritos en Head Start también son elegibles para recibir comidas gratis. Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis.

**3. ¿Quién puede obtener comidas a precios reducidos?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si los ingresos de su hogar se encuentran dentro de los límites de precio reducido en la tabla de elegibilidad de ingresos federales, que se muestran en esta solicitud. Los niños en los hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas a un precio reducido.

**4. ¿Puedo llenar un formulario si alguien en mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para los beneficios de comidas que se ofrecen en el centro de cuidado infantil.

**5. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluir a todas las personas de su hogar (como abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) que comparten ingresos y gastos. Debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir niños de crianza temporal que viven con usted.

**6. ¿Cómo reporto la información de ingresos y los cambios en el estado de empleo?** El ingreso que informe debe ser el ingreso bruto total, reflejado en el pago que cada miembro del hogar haya recibido el mes pasado. Si los ingresos del último mes no reflejan sus circunstancias de manera precisa, puede proporcionar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no ha ocurrido un cambio significativo, puede usar los ingresos del último mes como base para hacer esta proyección. Si los ingresos de su hogar son iguales o menores que las cantidades indicadas para el tamaño de su hogar en el cuadro de elegibilidad de ingresos adjunto, el centro recibirá un nivel de reembolso más alto. Una vez que haya recibido la aprobación adecuada para los beneficios gratuitos o de precio reducido, ya sea a través de los ingresos o proporcionando un número de caso actual de SNAP, TANF, FDPIR, seguirá siendo elegible para esos beneficios durante 12 meses. Sin embargo, debe notificarnos si usted o alguien en su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos ocasione que los ingresos de su unidad familiar queden dentro de los estándares de elegibilidad.

**7. ¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$ 1000 por mes. Si normalmente recibe pago por horas extras, inclúyalo, pero no si sólo trabajas horas extras ocasionalmente.

**8. ¿Qué pasa si tengo niños de crianza?** Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de la agencia o la corte son elegibles para recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza temporal en el hogar es elegible para recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Los hogares pueden incluir niños de crianza en la Declaración de elegibilidad de ingresos, pero no están obligados a incluir los pagos recibidos por el niño de crianza como ingresos. Los hogares que deseen solicitar dichos beneficios para niños de crianza deben comunicarse con [Angelyn.hoard@qccga.org](mailto:Angelyn.hoard@qccga.org) o con [Jireka.neal@qccga.org](mailto:Jireka.neal@qccga.org).

**9. Estamos en el ejército; ¿Incluimos nuestras asignaciones suplementarias y de vivienda como ingresos?** Si su vivienda es parte de la iniciativa de Privatización de Vivienda Militar y recibe la Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar, no incluya estas asignaciones como ingresos. Además, con respecto a los miembros del servicio desplegado, solo la parte de los ingresos de un miembro del servicio desplegado puesto a disposición del hogar por ellos o en su nombre se contará como ingreso del hogar. El pago de combate, incluido el pago del incentivo de extensión de despliegue (DEIP por sus siglas en inglés) también está excluido y no se contará como ingreso del hogar. Todas las demás asignaciones deben incluirse en su ingreso bruto.

**10. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la información que completo en este formulario?** Debe hablar con su organización patrocinadora.

En la operación de los programas de alimentación infantil, no se discriminará en contra de ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al 404-479-4195 o al 404-479-4197.

Sinceramente,



Caitlin Vadini, Director, Nutrition Services

Estas son las escalas de ingresos utilizados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) para determinar la elegibilidad para el reembolso en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP). Ingresos en o por debajo de esta escala son elegibles para el reembolso desde el **primero de julio del 2023 hasta el 30 de junio del año 2024**.

### GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES

Tamaño de la familia	Comidas a un precio reducido – 185%			Comidas gratuitas – 130%		
	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519	26,973
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702	36,482
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885	45,991
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068	55,500
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251	65,009
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434	74,518
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616	84,027
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799	93,536
Para cada miembro de la familia adicional, agregue:	+9,509	+793	+397	+366	+168	+9,509

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell ordena que se proporcione la información que se pide en este formulario para obtener beneficios de comidas. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Debe incluir el Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota de Cupones para Alimentos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPRI) número de caso para su hijo u otro identificador o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución del Programa.

**Declaración de no discriminación:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluido el género identidad y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o venganza por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del denunciante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse al USDA por:

- Correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- Fax:**  
(833) 256-1665 o al (202) 690-7442; o
- Correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



Nombre del Centro de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP**

**PARTE I: Niño/niños o adultos matriculados para recibir guardería**

Nombre: (Apellido, Primer Nombre y Inicial):	Fecha de Nacimiento (Opcional) MM/DD/YY	Número de caso de cupones de alimento, TANF, o FDPIR, o número de identificación solamente para los niños. Todo lo anterior, o número de caso de SSI o Medicaid para adultos. <b>Nota: No utilice los números de EBT. Escriba el número de caso y proceda a la parte III</b>	Los niños en Head Start, los hogares de acogida y los niños que cumplen con la definición de migrantes, fugitivos y personas sin hogar son elegibles para comidas gratuitas. Marque (✓) todo lo que corresponda. <b>(Ver definiciones en las preguntas frecuentes)</b>				
			Head Start	Hijo Adoptivo	Trabajador migrante	juventud fugitiva	Sin hogar
			<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"/>

**PARTE II: Informe de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si el participante es categóricamente elegible según lo documentado en la Parte I). ¿No está seguro de qué ingreso incluir aquí? Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.**

**A. Ingresos de niños:** A veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Indique el ingreso TOTAL recibido por los miembros del hogar del niño enumerados en la PARTE I aquí Todos los ingresos de los niños / Con qué frecuencia  
\$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**B. Otros miembros del hogar.** Haga una lista de todos los miembros de la familia inclusive si no reciben ingresos. También enumere a los adultos que participen aunque él/ella no cumplan con la elegibilidad que figura en la Parte 1. Para cada miembro del grupo familiar enumerado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa "0" o deja un campo en blanco, está certificando (prometedor) que no hay ingresos para informar.

Nombre de otros miembros del hogar (Primer y Apellido)	1. Ganancias del trabajo antes de las deducciones / Con qué frecuencia	2. Asistencia de beneficios sociales, el apoyo a los niños, pensión alimenticia / Con qué frecuencia	3. Seguro Social, pensiones, jubilación	4. Todos los demás ingresos/ Con qué frecuencia
(Por ejemplo) Jane Smith	\$ 200/sema	\$ 150/dos veces al mes	\$ 100/mes	\$ ____/____
1. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
2. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
3. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
4. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
5. _____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**C. Total de miembros del hogar (adultos y niños) enumerados en la Parte I y en la Parte II** \_\_\_\_\_

**D. Número de Seguro Social.** Si los ingresos se enumeran o se completan en la Parte II, el adulto que completa el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" a continuación. (Lee la Declaración de la Ley de Privacidad en la página siguiente). Si no se completa esta sección, si los ingresos aparecen en la lista, se negará la elegibilidad gratuita o reducida.

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social XXX-XX

Yo no tengo número de seguro social.

**PARTE III: Información de inscripción: solo niños**

Mi hijo está normalmente presente en la guardería infantil en el horario de \_\_\_\_\_ [am/pm] a \_\_\_\_\_ [am/pm].  (✓) Marque aquí si sólo cuidado antes / después de la escuela está previsto

Haga un círculo alrededor de los días en que su hijo normalmente asistirá al centro: **domingo**  **lunes**  **martes**  **miércoles**  **jueves**  **viernes**  **sábado**

Haga un círculo alrededor de las comidas que su hijo normalmente recibirá mientras esté bajo cuidado: **Desayuno**  **AM Merienda**  **Almuerzo**  **PM Merienda**  **Cena**  **Merienda (Tarde)**

**PARTE IV: Firma**

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que el centro de cuidado infantil o proveedor de cuidado infantil en el hogar recibirán fondos Federales basada en la información que doy. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, los participantes recibiendo las comidas pueden perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Esta firma también reconoce que el niño (s) que aparece en el formulario de la Parte I están inscritos para recibir cuidado infantil. Si no se completa y se firma, el participante será colocado en la categoría de pago.

Firma aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARTE V: Identidades étnicas y raciales del participante: El uso de datos raciales y étnicos tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación del USDA únicamente. Proporcionar información en la Parte V es voluntario. Su respuesta o falta de respuesta no afectará la elegibilidad del participante para las comidas.**

Marque (✓) una identidad étnica:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Marque (✓) una o más identidades raciales:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano  Nativo de Hawaii o otras del Pacifico  Blanco  Multiracial  No deseo proporcionar esta información

**Sección de uso exclusivo para el personal de QCC: Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a month x 24, Monthly x 12**

(A) Total income: \_\_\_\_\_ per  Week  Every 2 weeks  Twice a month  Year

(B) Household Size: \_\_\_\_\_ (C) Categorical Eligibility:  (Check if applicable) (D) Eligibility:  Free  Reduced  Paid

(E) Day Care Homes Only: Check one  Tier I  Tier II (F) Time Period: \_\_\_\_\_

**When more than one person is performing CACFP duties, there must be at least two signatures on this form: one signature from the Determining Official (the official who determined initial income classification) and one signature from the Confirming Official (the official who verified the form's accuracy).**

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Follow Up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

**Para los hogares que reciben cupones de alimentos, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid: Complete lo siguiente:**

**Parte I:** Para proveedores de cuidado infantil en su hogar de familia y centros de cuidado infantil, lista el nombre del participante y número del caso de cupón de alimento (SNAP), número de caso de TANF, o número de identificación de FDPIR. Para guarderías para adultos, enumere el nombre del participante y un número de caso de SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. **Nota: los niños de crianza (los niños colocados en el hogar por el sistema judicial) se pueden incluir en esta sección. Ya no se necesita una forma separada para los niños de crianza.** Nota: Los niños en cuidado temporal, inscritos en Head Start y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugados son elegibles para comidas gratuitas. Consulte la sección Preguntas y Respuestas para obtener una definición de cada elegibilidad categórica gratuita.

**Parte II:** Omite esta parte.

**Parte III:** Sólo los centros de cuidado infantil. Proporcionar los días normales y las horas que su hijo está en la asistencia en el centro y indica las comidas que él / ella normalmente recibe mientras está al cuidado.

**Parte IV:** Firma el formulario. Un número de Seguro Social no es necesario.

**Parte V:** Responde a esta pregunta si usted elige.

**Para todos los demás hogares, incluyendo los que reciben WIC, complete lo siguiente:**

**Parte I:** Para proveedores de cuidado infantil en el hogar de familia, centro de cuidado infantil o guardería para adultos, indique el nombre del participante.

**Parte II:** Para reportar el ingreso total del hogar del mes pasado, complete lo siguiente:

**A – Ingresos infantiles:** Por favor indique el ingreso TOTAL recibido por los miembros del hogar del niño que figuran en la PARTE I. Anote los ingresos del niño y la frecuencia con que se reciben en esta sección.

**B – Ingreso de adultos:** Enumere el nombre y apellido de cada persona adulta que vive en su hogar como unidad económica. Debe indicar usted mismo y todos los demás miembros adultos que viven con usted. En el caso de un participante adulto, el participante adulto, y si reside con el participante adulto, el cónyuge y el / los dependiente(s) del participante adulto también deben aparecer aquí. Adjunte otra hoja si es necesario.

**Listar ingreso bruto.** Junto al nombre de cada persona, enumere cada tipo de ingreso recibido el mes pasado y la frecuencia con que se recibió.

**B – Columna 1:** Escriba el ingreso bruto que cada persona ganó del trabajo. Esto no es lo mismo que usted lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Junto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente).

**B – Columna 2:** Anote la cantidad que cada persona recibió al mes pasado de la asistencia social, el apoyo de menores, pensión alimenticia.

**B – Columna 3:** Lista de Seguro Social, las pensiones y la jubilación.

**B – Columna 4:** Enumera todas las demás fuentes de ingresos, incluyendo compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (VA), beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar. Declare el ingreso neto de las empresas, la agricultura o los ingresos por concepto de alquiler. Junto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

**Número de Seguro Social:** Si los ingresos se enumeran o se completan en la Parte II, el adulto que completa el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social o marcar el cuadro "No tengo un número de Seguro Social".

**Si no tiene ingresos:** Si la persona no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si se ingresa "0" o cualquier campo de ingresos está en blanco, la persona está certificando que no hay ingresos para informar. Por favor, tenga en cuenta que los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social SON REQUERIDOS cuando/se completa la **Parte II B** y se enumeran los miembros del hogar (con o sin ingresos).

Fuentes de ingresos para niños		Fuentes de ingresos para adultos		
Fuentes de ingresos de los niños	Ejemplo(s)	Ingresos por trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia	Manutención de los hijos Jubilaciones / Retiros / Otros ingresos
--Ingresos por trabajo	-Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial donde percibe un salario o sueldo	-Salario, sueldos, bonos en efectivo -Ingresos netos por trabajo independiente (agricultura o negocio propio) Si usted está en el servicio militar de EE. UU.: -Salario básico y bonos en efectivo (NO incluir pagos por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizada) -Subsidios para vivienda fuera de la base, alimentación y vestimenta	-Beneficios por desempleo -Compensación laboral -Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) -Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local -Pensiones alimenticias -Pagos de manutención de los hijos -Beneficios para veteranos -Beneficios por huelga	Seguro Social (incluyendo beneficios de jubilación ferroviaria y pulmón negro) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o herencias Rentas vitalicias Ingresos por inversiones Intereses ganados Ingresos por alquiler Pagos regulares en efectivo provenientes de fuera del hogar
-Seguro Social •Pagos por discapacidad •Beneficios para sobrevivientes	-Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social -Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social			
-Ingresos de personas fuera del hogar	-Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da dinero para gastos a un niño			
-Ingresos de cualquier otra fuente	-Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso			

**C – Total de miembros del hogar: Enumere la cantidad total de todos los miembros del hogar (niños y adultos) en esta sección.**

**Parte III:** Sólo los centros de cuidado infantil. Proporciona los días normales y las horas que su niño/a está en la asistencia en el centro e indicar las comidas que él / ella normalmente recibe mientras está en cuidado.

**Parte IV:** Un miembro adulto del hogar debe completar esta sección por completo y luego firmar el formulario. Consulte de nuevo la Parte II para asegurarse de que se hayan registrado los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o que se haya marcado la casilla si no tiene uno.

**Parte V:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Declaración del Acta de Privacidad:** Esto explica cómo se utiliza la información que usted nos proporcione. La Sección 107 de la Ley de Reautorización de Nutrición Infantil y WIC de 2004 (Ley) modificó la sección 9(b) de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell para que los niños fugitivos, sin hogar y migrantes sean elegibles de manera categórica para recibir beneficios de comidas gratuitas en los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y Desayunos Escolares, y entra en vigor el 1 de julio de 2004.

### Definiciones para la Parte 1 del Declaración de elegibilidad de ingresos para el beneficio de comida de CACFP

<p><b>Niños de Crianza</b></p>	<p><b>Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal son elegibles para comidas gratuitas.</b> El cuidado de crianza temporal significa cuidado sustitutorio las 24 horas para los niños ubicados lejos de sus padres o guardianes y para quienes la agencia estatal tiene responsabilidad de colocación y cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, ubicaciones en hogares de familias de crianza, hogares de acogida de parientes, hogares grupales, refugios de emergencia, instalaciones residenciales, instituciones de cuidado de niños y hogares pre-adoptivos.</p> <p>Un niño está en cuidado de crianza de acuerdo con esta definición, independientemente de si el establecimiento de cuidado de crianza tiene licencia y los pagos son realizados por la agencia local o estatal para el cuidado del niño, ya sea que se realicen pagos de subsidio de adopción antes de la finalización de una adopción, o si existe correspondencia federal de cualquier pago que se realice.</p>
<p><b>Programas de Head Start y Early Head Start</b></p> <p>*Prueba requerida</p>	<p>Los niños inscritos en los programas Head Start o Early Head Start financiados por el gobierno federal y estatal son categóricamente elegibles para recibir beneficios comidas gratis sin necesidad de una solicitud o determinación de elegibilidad adicional, siempre y cuando el niño esté inscrito en Head Start o Early Head Start en el momento de la determinación anual de elegibilidad anual.</p> <p><b>Formas de documentación aceptable que debe incluirse con su formulario para probar el estado de Head Start:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● aplicación aprobada de Head Start,</li> <li>● declaración de inscripción de Head Start, o</li> <li>● lista de participantes de un funcionario de Head Start</li> </ul>
<p><b>Niño Migrante</b></p>	<p>Familia migrante significa, para la elegibilidad de CACFP, una familia con niños menores de edad de asistencia escolar obligatoria que cambió su residencia al mudarse de una ubicación geográfico a otra, dentro o fuera del estado, <b>dentro de los dos años anteriores para participar en trabajo agrícola y cuyo ingreso familiar proviene principalmente de esta actividad.</b></p>
<p><b>Juventud Fugitiva</b></p>	<p>Esto significa una persona que tiene menos de 18 años de edad y que se ausenta de su hogar o lugar de residencia legal sin el permiso de un padre o tutor legal.</p>
<p><b>Sin Hogar</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niños y jóvenes que carecen de una residencia fija, regular y adecuada para la noche.</li> <li>2. Incluye: a. Niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; que viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o campings debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; que viven en refugios de emergencia o de transición; que han sido abandonados en hospitales; o que están esperando ser ubicados en hogares de crianza; b. Niños y jóvenes cuya residencia principal durante la noche es un lugar público o privado que no está diseñado ni se utiliza habitualmente como alojamiento regular para seres humanos; c. Niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de baja calidad, estaciones de autobús o tren, u otros entornos similares; d. Niños migrantes que cumplen los requisitos de estar sin hogar debido a las circunstancias descritas en los puntos a-c anteriores.</li> </ol>



C

# COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID / SCHIP

Nombre del Centro de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Guardián:

Si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, también pueden ser capaces de obtener un seguro médico gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o el Programa del Estado para Seguro Médico para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más probabilidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a enfermarse.

Porque seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite decir a Medicaid y SCHIP que los niños son elegibles para comidas gratis a un precio reducido, a menos que usted nos indica que no lo haga.** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los funcionarios del programa pueden ponerse en contacto con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos en este programa de seguro de salud. Llenando la Declaración de elegibilidad de ingresos para el beneficio de comidas de CACFP no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene el siguiente formulario y envíelo con su Formulario de Elegibilidad por Ingresos para el Beneficio de Comidas de CACFP a: **Quality Care for Children, Child Care Food Program, 3 Corporate Blvd. NE, Suite 230, Atlanta, GA 30329** inmediatamente. (Envío de este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis o a un precio reducido.)

¡No! NO QUIERO la información de mi Declaración de ingresos para el beneficio de comidas de CACFP compartida con Medicaid o el Programa del Estado para Seguro Médico para Niños (SCHIP).

Si ha seleccionado no, rellene el siguiente formulario.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Imprime su nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, puede llamar a **Quality Care for Children** al número 404-479-4255 o 404-479-4253. Si desea solicitar estos beneficios a través de Medicaid o SCHIP, póngase en contacto con la oficina de DFCS (Departamento de Niños y Familias) del condado local.



# D DECLARACIÓN JURADA DEL INFANTE

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS INFANTES EN EL CUIDADO

**En CACFP, programas deben ofrecer una fórmula aprobado por el USDA “listo para alimentarse” preparado comercialmente fortificado con hierro a base de leche para infantes en su cuidado.** El Departamento de Georgia de Cuidado Temprano y Aprendizaje (DECAL) solo permite estos tipos de fórmula “listo para alimentarse” preparado comercialmente.

**Para ser completado por el centro de cuidado infantil ANTES de dar a los padres:**

**Nombre del Patrocinador:** Quality Care for Children

De acuerdo con las regulaciones del USDA, como una entidad que participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos, debo ofrecer para proporcionar comidas a todos los bebés matriculados en el cuidado de mi centro/guardería infantil.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del centro) voy a proporcionar lo siguiente a los bebés matriculados para cuidado en mi centro:

- \_\_\_\_\_ (nombre de fórmula fortificado con hierro a base de leche) y
- \_\_\_\_\_ (nombre de cereal infantil fortificado con hierro)

### Padres/Guardianes

No complete a menos que la sección central de arriba se haya completado con los nombres de la fórmula y del cereal.

**Nombre del Infante:** \_\_\_\_\_

**Por favor marque una de las siguientes opciones y firma este formulario:**

- Me gustaría que el proveedor / centro proporcione la fórmula fortificada con hierro a base de leche y cereal infantil fortificado con hierro enumerados anteriormente a mi bebé y yo proporcionaré botellas limpias, desinfectadas y etiquetados diaria.
- Yo proporcionaré lo siguiente para mi bebé diariamente:
- \_\_\_\_\_ (nombre de fórmula fortificado con hierro a base de leche) y
  - \_\_\_\_\_ (nombre de cereal infantil fortificado con hierro)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Cualquier padre que pide cualquier otra fórmula que no es de la aprobación de USDA base de leche de soya o fórmula enriquecida con hierro para su bebé o cualquier madre o padre que ofrece cualquier otra fórmula que no es de la aprobación de USDA base de leche de soya o fórmula fortificada con hierro para su bebé debe proporcionar una nota del doctor indicando el uso obligatorio de la fórmula. Si uno de los padres opta por el centro o hogar de proveedor suministra las comidas a su bebé, el bebé se va alimentar de acuerdo a su plan de alimentación individual que es proporcionada por el padre, madre o tutor a pesar de que el centro u hogar de proveedor sólo podrán solicitar el reembolso por no más del desayuno, el almuerzo o la cena, y un aperitivo.

# E WIC

## Un programa especial de educación sobre alimentación y nutrición para mujeres, infantes y niños

### ¿Quién es elegible?

- Una mujer embarazada
- Mujeres que lacten a sus bebés
- Una mujer que recientemente estuvo embarazada
- un bebé o un niño menor de 5 años

### Para ser elegible, usted debe:

- Tener un ingreso bajo o moderado Y
- Tener una necesidad especial que pueda ser atendida por los alimentos y el asesoramiento nutricional

**No tienes que recibir asistencia pública para aplicar.**

### Servicios Provistos:

- Comida nutritiva
- Consejería nutricional
- Referidos médicos
- Apoyo a la lactancia materna

### Alimentos aprobados por WIC:

Leche, quesos, huevos, cereales, crema de maní, frutas o jugo de vegetales, granos secos, fórmula fortificada con hierro

**Llama a su departamento de salud local para más información.**

# Programa WIC de Georgia

Georgia WIC

Georgia Department of Public Health

2 Peachtree Street, NW

10th floor (piso 10)

Atlanta, GA 30303

Teléfono: 1-800-228-9173

Sitio web: <http://dph.georgia.gov/WIC>

## GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES (Efectivo desde Julio 1, 2023 a Junio 30, 2024)

Tamaño de la familia	Límites de ingresos de comidas reducidas				
	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	2 por Mes	Cada dos semanas	Ingreso Semanal
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Para cada miembro de la familia adicional, agregue:	+9,509	+793	+397	+366	+168

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

# F

¡Buena nutrición hoy significa un mañana más saludable!

# Construyendo para el Futuro

## con CACFP

Esta guardería infantil recibe ayuda del Child and Adult Care Food Program para servir comidas nutritivas a sus niños.



**Comidas servidas aquí deben de seguir los requisitos nutricionales establecidos por USDA.**

## ¿Preguntas? ¿Inquietudes?

Quality Care for Children  
Nutrition and Family Well-Being  
404-479-4251  
[www.qualitycareforchildren.org](http://www.qualitycareforchildren.org)

Bright from the Start: Department of Early Care  
and Learning, Nutrition Services  
404-656-5987  
[www.decal.ga.gov](http://www.decal.ga.gov)

Aprenda más información sobre CACFP en el sitio web del USDA: <https://www.fns.usda.gov/>

USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

United States Department of Agriculture  
Food and Nutrition Service FNS-317  
Noviembre 2019