SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR
CARTA DE PADRES/TUTORES

Estimado padre o tutor:

Su proveedor de cuidado de niños en el hogar participa en el U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP) y recibe fondos federales para ofrecer comidas y bocadillos saludables a todos los niños inscritos. La cantidad de reembolso que recibe el proveedor del cuidado de niños en el hogar se basa en la información que usted proporciona en la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA) adjunta. Para recibir los pagos de reembolso de las comidas, el proveedor de cuidado de niños en el hogar debe seguir las directrices de planificación del menú, mantener registros precisos de las comidas cada día y aceptar las visitas de monitoreo de nuestro personal mientras los niños están bajo su cuidado.

El proveedor de cuidado de niños en el hogar recibirá una tasa de reembolso más alta si los ingresos de su hogar cumplen o están por debajo de las Directrices de Elegibilidad de Ingresos que aparecen en esta carta o si un miembro de su familia (niño o adulto) recibe Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).; Mujeres, Infantes, niños (WIC); u otros beneficios de programas estatales o federales para sus hijos. Además, si usted cuida a un niño de crianza que es responsabilidad legal del Department of Children and Family Services (DCFS) o del tribunal, estos niños son elegibles para recibir beneficios de comida sin importar los ingresos de su hogar.

Si sus ingresos están por encima de las directrices de ingresos de la siguiente página, no está obligado a completar esta solicitud; sin embargo, sería útil que escribiera el nombre de su hijo en la solicitud y la devolviera a nuestro proveedor de cuidado de niños en el hogar o la enviara por correo a la dirección proporcionada en el sobre adjunto. Por favor notifíquenos, si usted o alguien en su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su hogar estén dentro de los estándares de elegibilidad de ingresos.

La información que proporcione en la solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad de su hijo para los beneficios de comidas. La información se mantendrá confidencial y sólo estará disponible para el personal directamente relacionado con la administración del CACFP.

Por favor note que al firmar el Número 4 de la HEA adjunta para el Programa Illinois All Kids Health Insurance, usted está declarando ***que no quiere*** que su información sea compartida con el Illinois Department of Healthcare and Family Services. Si usted está de acuerdo en revelar la información de la solicitud, puede ser usada para identificar a su(s) hijo(s) para el programa de seguro de salud. Si desea obtener más información sobre *All Kids,* llame al número gratuito 866/255-5437 o al 877/204-1012 (TTY).

Directrices de Elegibilidad de Ingresos
Efectivo del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027

Comidas a Precio Reducido 185% / Comidas Gratuitas

Guía de Pobreza Federal

Tamaño de la Familia	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	1,963
por cada miembro adicional de la familia, añada	10,508	876	438	405	203

Si tiene algunas preguntas o necesita ayuda, favor de contactar a nuestro proveedor de cuidados de niños en el hogar o a la organización patrocinadora listada a continuación.

Sinceramente,

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: *De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, Department of Agriculture), se prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, convicciones políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían en función del programa o incidente.*

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia responsable o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que encontrará en línea en How to File a Program Discrimination Complaint (Cómo presentar una queja por discriminación en un programa) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario cumplimentado o la carta al USDA por: (1) correo postal: 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES PARA COMPLETAR
LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR (HEA)

Una vez aprobado el beneficio de comidas, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA) de un niño permanecerá en efecto durante 12 meses.

Complete La Solicitud De Elegibilidad Del Hogar (HEA) para una de las siguientes áreas:

- Si alguna persona (niño o adulto) de su hogar recibe el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).; Mujeres, Infantes, niños (WIC) siga la **Instrucción A** a continuación.
- Si usted o un niño recibe beneficios de Mujeres, Infantes, niños (WIC); Low Income Home Energy Assistance Program;
o comidas gratuitas o a precio reducido del National School Lunch and Breakfast Programs, favor de seguir la **Instrucción B** a continuación.
- Si tiene un hijo de crianza que sigue siendo responsabilidad legal del Department of Children and Family Services (DCFS) o del tribunal, siga **Instrucción C** a continuación.
- Si recibe ingresos, siga la **Instrucción D** a continuación.

Instrucciones A - Hogares que Reciben SNAP o TANF
Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, proporcione la siguiente información:
- **Número 1**-Lista los nombres de TODAS las personas en su hogar (como abuelos, otros familiares o amigos que vivan con usted) y la(s) edad(es) de los niños que asisten el cuidado de niños en el hogar.
- **Número 3**-Anote un número de caso válido de SNAP o TANF para cualquier miembro (niño o adulto) de este hogar. No anote el número de su tarjeta Illinois LINK. Puede encontrar su número de caso SNAP o TANF en su tarjeta médica o en la carta de elegibilidad para los beneficios.
- **Número 4 (OPCIONAL**) -*Programa Illinois All Kids Health Insurance.*
- **Número 6**-Provee una firma de un miembro adulto del hogar y ponga la fecha en la solicitud.
- Su solicitud está completa.

Instrucciones B: Individuos que reciben WIC o el Low Income Home Energy Assistance Program
Si algún miembro (niño o adulto) de su hogar recibe beneficios de WIC o del Low Income Home Energy Assistance Program, proporcione la la siguiente información:
- **Número 1**-Lista los nombres de TODAS las personas en su hogar (como abuelos, otros familiares o amigos que vivan con usted) y la(s) edad(es) de los niños que asisten el cuidado de niños en el hogar.
- **Número 3**-Identifique al individuo que recibe WIC y registre un número de caso de WIC válido para ese miembro (niño o adulto) de este hogar. Si un individuo o un hogar está recibiendo asistencia del Low Income Home Energy Assistance Program; o comidas gratuitas o a precio reducido del National School Lunch y Breakfast Programs identifique al individuo que está recibiendo los beneficios y marque la categoría "Otra Elegibilidad Categórica".
- **Número 4 (OPCIONAL)** - *Programa Illinois All Kids Health Insurance*.
- **Número 6**-Provee una firma de un miembro adulto del hogar y ponga la fecha en la solicitud.
- Su solicitud está completa.

Instrucciones C-Aplicación para un Niño o Niños de Crianza. Un niño de crianza sigue siendo la responsabilidad legal de DCFS o del tribunal.
1) Si tiene un documento legal del DCFS o del tribunal para su hijo de crianza, por favor proporcione una copia; no es necesario que complete esta solicitud. Si no tiene un documento legal, siga los pasos 2 o 3 a continuación.
2) Si todos los <u>niños en su hogar (que asisten a este cuidado de niños en el hogar) son niños de crianza</u>, proporcione la siguiente información:
- **Número 1-Lista el nombre(s) y la(s) edad(es) de su(s) hijo(s) de crianza que asisten a este cuidado de niños en el hogar.**
- **Número 2-Marque la(s) casilla(s) que indica(n) que el niño es un niño de crianza.**
- **Número 4 (OPCIONAL) - *Programa Illinois All Kids Health Insurance*.**
- **Número 6-Provee una firma de un miembro adulto del hogar y ponga la fecha en la solicitud.**
- **Su solicitud está completa.**

3) Si tiene <u>un hijo(s) de crianza junto con otros niños que asisten a este cuidado de niños en el hogar</u>, por favor proporcione la siguiente información:
- **Número 1 - Lista los nombres de TODOS los miembros de la familia, incluyendo el/los niño(s) de crianza y la(s) edad(es) del/los niño(s) que asiste(n) al cuidado de niños en el hogar.**
- **Número 2-Marque la(s) casilla(s) que identifica(n) al(a los) niño(s) de crianza.**
- **Número 4 (OPCIONAL) - *Programa Illinois All Kids Health Insurance*.**
- **A continuación, vaya a la instrucción D – Hogares que Declaran Ingresos a continuación, y complete los números 5 y 6.**

Instrucciones D-Hogares que Declaran Ingresos
<u>No</u> es necesario completar la información sobre los ingresos si proporcionó información de SNAP o TANF en el Número 3. Sin embargo, si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, por favor reporte todos los ingresos del hogar. La Solicitud de Elegibilidad del Hogar debe incluir la siguiente información:
- **Número 1** - Lista los nombres de TODOS los miembros de la familia y la edad(es) de los niños(s)que asisten al cuidado de niños en el hogar.
- **Número 4 (OPCIONAL)- *Programa Illinois All Kids Health Insurance***.
- **Número 5-**Lista el ingreso bruto total (antes de las deducciones), no el pago que se lleva a casa; y la frecuencia, la frecuencia con que se recibe el dinero, para cada miembro de la familia durante el último mes. Si el ingreso del mes pasado no fue la cantidad usual que usted recibe normalmente, puede proporcionar una cantidad proyectada que represente mejor su ingreso bruto.
    - o Para SÓLO los trabajadores autónomos, indique los ingresos mensuales después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler.
    - o Si está en la Iniciativa de Vivienda Militar y Privatizada o recibe paga por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.
- **Número 6**-Provee los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si se niega a proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social, la solicitud no puede ser aprobada. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla, *No tengo un número de seguro social*.
- Su solicitud está completa.

PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS - SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA PADRES/TUTORES DE NIÑOS INSCRITOS EN CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR.

1 LISTA DE TODOS EN EL HOGAR (Niños y Adultos)

NOMBRE (Primer, Medio y Apellido)	Marque Si No Hay Ingresos	Fecha de Nacimiento	Edades de los Niños Inscritos en Cuidado de Niños en el Hogar	**2 NIÑO DE CRIANZA** Marque la casilla de todos los niños de crianza que son responsabilidad legal del DCFS o del tribunal.
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐

3 ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA PARA EL PROGRAMA FEDERAL O PROGRAMAS ESTATALES

Nombre del Niño: _____

Número: SNAP o TANF

___ ___ ___ ___ ___ ___

Número de WIC ___ ___ ___

Otra Elegibilidad Categórica–

☐ Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos

☐ Otros Categóricos Extendidos

4 OPCIÓNAL COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON EL *ALL KIDS INSURANCE PROGRAM*

¿Podemos compartir su información en esta solicitud con el programa de seguro *All Kids*, el programa de seguro médico completo para todos los niños de Illinois? Si es así, no firme abajo. No, no quiero que mi información de esta solicitud sea compartida con el *All Kids Insurance Program*. *Firme aquí:* _____

5 MIEMBROS DE LA FAMILIA CON INGRESOS - Lista sólo los nombres de las personas que viven en el hogar, sus ingresos brutos y la frecuencia con que los reciben. Si una persona tiene un segundo trabajo, anote ese ingreso en la última columna. Después de completar, vaya al Número 6.

NOMBRES (Lista Sólo las Personas con Ingresos)	Ganancias de Trabajo (Bruto antes de las deducciones)		Ingres os de la Asistencia		Ingresos por Retiro, Pensiones, SSI, Seguro Social		Ingresos recibidos de ahorros, inversiones, cuentas de fideicomiso y otros recursos	
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	

6 Firma y número de seguro social (El adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa el número 5, el adulto que firma el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla No tengo número de seguro social. X X X - X X - _____ Número de Seguro Social ☐ No tengo un número de seguro social

Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la proveedora del cuidado de niños en el hogar recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcione. Entiendo que la institución, Illinois State Board of Education, o la Oficina del Inspector General, puede verificar esta información en la solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial bajo las leyes estatales y federales aplicables.

_____ *Fecha*

_____ *Nombre impreso del miembro adulto del hogar*

_____ *Firma del miembro adulto del hogar*

_____ *Dirección del miembro adulto del hogar*

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: *El Acta del National School Lunch de Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es requerido cuando usted solicita en nombre de un hijo de crianza o usted anota el número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento del Child and Adult Care Food Program. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con auditores para la revisión de los programas y con funcionarios de la policía para ayudarles a investigar las violaciones de las reglas del programa.*

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: *De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, Department of Agriculture), se prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, convicciones políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían en función del programa o incidente. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia responsable o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que encontrará en línea en How to File a Program Discrimination Complaint (Cómo presentar una queja por discriminación en un programa) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario cumplimentado o la carta al USDA por: (1) correo postal: 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. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.*

USO DE REPRESENTANTE DE PATROCINIO SOLAMENTE- DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD-Siga las instrucciones proporcionadas en las instrucciones de Ingresos del Hogar.

Marque una de las casillas de abajo para mostrar cómo va a determinar la elegibilidad.

☐ **Categóricamente elegible para el programa federal o programa estatal**

TABLA DE CONVERSIÓN

Para convertir todos los ingresos en ingresos anuales utilice los siguientes cálculos de conversión:

Ingreso semanal x 52

Cada 2 semanas x 26

Dos veces al mes x 24 mensual x 12

☐ **Ingresos del Hogar**

Utilice la tabla de conversión para convertir los ingresos en ingresos anuales totales.

Sume el número de miembros del hogar de la Sección 5.

Total, de Ingresos Anuales del Hogar $_____

Tamaño Total del Hogar _____

☐ Aprobado para la Taza de Comidas Nivel 1 ☐ Denegado

Firma del representante: _____

Fecha: _____

*Fecha efectiva de aplicación: _____

*La fecha efectiva puede hacerse retroactiva al primer día en que el niño participe en el CACFP siempre y cuando ocurra en el mismo mes en que se certifique la elegibilidad del niño.

Imprimir Restablecer