SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR
PARA LOS PROVEEDORES QUE VUELVAN A SOLICITAR EL ESTATUS DE NIVEL I POR INGRESOS O
PARA SOLICITAR COMIDAS PARA NIÑOS QUE RESIDEN CON EL PROVEEDOR

Estimado proveedor de servicios de cuidado de niños en el hogar:

Nuestros registros indican que se le determinó el estatus del nivel I o solicitó el reembolso del nivel I basándose en una de las siguientes calificaciones:

- Su cuidado de niños en el hogar calificó para el Nivel I basado en la información de ingresos sometida en la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA - Household Eligibility Application) del año pasado. Para continuar con el estatus de **Nivel I por ingresos debe completar la HEA adjunta.** Para ser elegible para el estatus de Nivel I los ingresos de su hogar deben cumplir o estar por debajo de las Guías de Elegibilidad de Ingresos o un miembro de su hogar debe ser elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF - Temporary Assistance for Needy Families).

- Su cuidado de niños en el hogar calificó para el estatus de **Nivel I debido a los datos de la escuela o del censo y usted reclamó comidas para los niños que califican** que residen en su hogar mientras otros niños estaban en la asistencia. Para seguir reclamando los niños que cumplen los requisitos y que residen en su hogar, tiene que completar la HEA adjunta y regresarla a nuestra oficina.

- Usted reclamó el reembolso del **Nivel I por las comidas servidas a un(os) hijo(s) de crianza** que cumple(n) con los requisitos, que reside(n) en su hogar mientras otros niños estaban presentes. Para seguir recibiendo el reembolso del Nivel I por un hijo(s) de crianza que reside(n) en su hogar, tiene que completar la HEA adjunta y devolverla a nuestra oficina.

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 Precio Reducido
185% 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	1,983
por cada miembro adicional de la familia, añada	10,508	876	438	405	203

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor, póngase en contacto con su organización patrocinadora.

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 COMPLETAR
LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR (HEA)

Una vez que se ha aprobado apropiadamente para los beneficios de comidas, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA - Household Eligibility Application) permanecerá en efecto por 12 meses. Complete la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA) para una de las siguientes áreas.

PARA LOS PROVEEDORES QUE NO PUEDAN CALIFICAR PARA EL NIVEL I POR LA ESCUELA O EL CENSO, SOLICITANDO EL ESTATUS DE NIVEL I POR LA ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - REFIÉRASE A LAS INSTRUCCIONES A Y B.

Si alguien (niño o adulto) en su hogar recibe **el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program)** o **Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF - Temporary Assistance for Needy Families)** u otros beneficios calificantes, siga la Instrucción A a continuación. La información será verificada por el patrocinador.

Instrucción A-Hogares que reciben SNAP o TANF u otros beneficios calificantes.

- **Número 1-**Liste los nombres de TODAS las personas que residen en el hogar del proveedor (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con el proveedor) y la(s) edad(es) de los niños inscritos en el cuidado de niños en el hogar del proveedor.
  Número 3-Registre un número de caso válido de SNAP o TANF para cualquier miembro (niño o adulto) de este hogar. El número de caso de SNAP o TANF se encuentra en la carta de elegibilidad para los beneficios o el número de caso puede encontrarse en una tarjeta médica. No indique el número de la tarjeta Illinois LINK. La información de SNAP o TANF proporcionada requerirá la verificación por parte de la organización patrocinadora. Se requiere la presentación del documento de los beneficios.
- **Número 4** (OPCIONAL)-Programa de seguro médico All Kids de Illinois.
- **Número 6-** Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud
- **Número 7**- Proporcione una firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- La solicitud está completa.

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF y quiere solicitar el reembolso más alto para su operación de guardería basado en los ingresos de su hogar, siga **la Instrucción B**.
No es necesario completar la información sobre los ingresos si la información de SNAP o TANF se proporcionó anteriormente en la Instrucción A o si todos los niños que residen con el proveedor son niños de crianza documentados (consulte **la Instrucción D**). La información será verificada por el patrocinador.

Instrucción B-Hogares declarando ingresos

- **Número 1-** Liste los nombres de TODAS las personas que residen en el hogar del proveedor (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con el proveedor) y la(s) edad(es) de los niños inscritos en el cuidado de niños en el hogar del proveedor. (Los niños de crianza pueden incluirse en la HEA)
- **Número 4 (OPCIONAL) -** Programa de seguro médico All Kids de Illinois.
- **Número 5-**Indique el total de los ingresos brutos (antes de las deducciones), no el sueldo neto, y la frecuencia, es decir, la frecuencia con la que se recibe el dinero, para cada miembro del hogar durante el último mes. Si los ingresos del último mes no son los habituales, puede indicarse una cantidad prevista que represente los ingresos brutos.
  - Sólo para los trabajadores por cuenta propia, indique los ingresos mensuales medios después de los gastos. Esto es para un negocio, granja o propiedad de alquiler.
  - Si recibe la paga de la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada (Military Privatized Housing Initiative) o recibe la paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.
- **Número 6-**Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud**.**
- **Número 7-**El proveedor debe firmar y fechar la solicitud.
- **Además,** proporcione los cuatro últimos dígitos del número del seguro social del proveedor que firma la solicitud. Si se niega a facilitar los cuatro últimos dígitos del número del seguro social, no se aprobará la solicitud. Si el adulto no tiene número de seguridad social, marque la casilla "No tengo número de seguro social".
- La solicitud está completa. Se tiene que proporcionar la documentación para apoyar toda la información (documentación de los hijos de crianza si es aplicable), talones de cheques, W-2's 1040 Schedule C, etc.…)
- La organización patrocinadora verificará la información contenida en la HEA.

PARA LOS PROVEEDORES A LOS QUE SE LES HA APROBADO EL ESTATUS DE NIVEL 1 POR LA ESCUELA O EL CENSO QUE QUIERE RECLAMAR A LOS NIÑOS, PARA INCLUIR A LOS NIÑOS DE CRIANZA CUANDO LOS NIÑOS EXTERNOS ESTÉN PRESENTES:

Si ha sido aprobado **Nivel I por datos de la escuela o del censo y desea reclamar a los hijos que califican, incluyendo los hijos de crianza, que residen con usted cuando hay niños que califican fuera de ella,** usted tiene que completar una HEA para reclamar a los hijos que califican, incluyendo a los niños de crianza que residen con usted. Consulte **la Instrucción C**. La solicitud puede ser verificada por el patrocinador.

Instrucción C-Proveedor aprobado en el nivel I por la escuela o el censo y desea reclamar los niños que residen con el proveedor. Siga las instrucciones proporcionadas en la Instrucción B, números 1 a 7. La organización patrocinadora puede verificar la información.

PARA LOS PROVEEDORES IDENTIFICADOS COMO DE NIVEL II QUE QUIERAN RECLAMAR NIÑOS DE CRIANZA CUANDO HAYA NIÑOS EXTERNOS PRESENTES:

Los niños de crianza que residen con usted son elegibles para el reembolso del Nivel I para las comidas elegibles, cuando hay niños externos que califican presentes, independientemente de su estado de nivel (Nivel I o Nivel II) cuando un HEA es sometido por el proveedor. La elegibilidad del niño de crianza no se transfiere al hogar. Para documentar a un niño como niño de crianza, tiene que presentar un documento legal del DCFS o del representante designado por el DCFS para cada niño de crianza con la solicitud de elegibilidad del hogar (Household Eligibility Application). En lugar de un documento, un proveedor puede solicitar a DCFS o a su representante que complete el formulario 50-73 (Formulario de certificación de niño sin hogar, huido de casa, migrante, Head Start y de crianza) que se puede encontrar en la siguiente página web de ISBE: rhttps://www.isbe.net/Documents/50-73_hmls_cert_mm.pdf#search=form%2050%2D73.

Instrucción D-Para el/los niños(s) de acogida que reside(n) en un hogar de proveedores, proporcione la siguiente información sobre la HEA:

- **Número 1-**Liste el(los) nombre(s) y la(s) edad(es) del(los) niño(s) de acogida que reside(n) en el cuidado de niños en el hogar del proveedor**.**
- **Número 2-**Marque la(s) caja(s) que indica(n) que el(los) niño(s) es(son) de crianza.
- **Número 4 (OPCIONAL) -** Programa de seguro médico *All Kids Health Insurance Program de Illinois.*
- **Número 6-**Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud
- **Número 7-**Proporcionar una firma del proveedor y feche la solicitud.
- La solicitud está completa.

PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS - SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR

1 LISTE A TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR PROVEEDOR (niños y adultos)

NOMBRE (nombre, medio y apellido)	Marque Si no hay ingresos	Fecha de nacimiento	Edades hijos del proveedor	**2 NIÑO DE CRIANZA** Marque la(s) caja(s) para todo(s) los niños de crianza que son una responsabilidad legal de DCFS o del tribunal.
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐
	☐	/ /		☐

3 NÚMERO DE CASO SNAP o TANF
Omitir si se trata de un niño de crianza.
Proporcione un número de caso SNAP o TANF para cualquier niño o adulto en su hogar. NO utilice el número de la tarjeta LINK. Si lo ha completado, **pase al número 6. No incluya el número de niño de crianza.**

Nombre del niño o adulto: _____

Case Number: _ _ _ _ _ _ _ _ _

4 OPCIONAL-COMPARTIR INFORMACIÓN CON *ALL KIDS INSURANCE PROGRAM*

¿Podemos compartir su información en esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids Insurance Program, el programa de seguro médico completo para todos los niños de Illinois? Si la respuesta es sí, no firme abajo.

No, no quiero compartir la información de esta solicitud con *All Kids Insurance Program.*

Sign here: _____

5 MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS: Liste 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 empleo, liste ese ingreso en la última columna. Después de completar, **pase al número 6.**

	Ingresos del trabajo (Bruto antes de deducciones)		**Ingresos por Welfare, de la manutención de los hijos, de la pensión alimenticia**		**Ingresos por jubilación, pensiones, SSI, Seguro Social**		**Ingresos recibidos de ahorros, inversiones, cuentas fiduciarias y otros recursos**	
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	
	$ /		$ /		$ /		$ /	

Debe marcar sólo una caja.

☐ Soy un proveedor solicitando reclamar a mis propios hijos y calificar para el estatus de Nivel I. ☐ Soy un proveedor sin hijos y solicito el estatus de nivel I.

☐ Soy un proveedor de nivel I basado en los datos de la escuela o del censo y solicito reclamar a mis propios hijos.

7 Firma y número de seguro social (Debe firmar un adulto)

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 - 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.*

Mark one of the boxes below to show how you are going to determine eligibility.

☐ **SNAP/TANF Household**

☐ **Ingresos del Hogar**

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

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 reclamar la taza nivel 1 de comidas para los niños de crianza ☐ Estatus de Nivel I aprobado/ Reclamar a los Propios Hijos de los Proveedores (si corresponde) ☐ Negado

Firma del representante: _____

Fecha: _____

** Fecha de aplicación efectiva:* _____

** La fecha de entrada efectiva puede hacerse retroactiva al primer día en que el proveedor participa en el CACFP siempre y cuando ocurra en el mismo mes en que se certifica la elegibilidad del proveedor.*

Imprimir Restablecer