

**CARTA A LOS PADRES DE SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL HOGAR  
PARA CENTROS DE CUIDADOS DE MENORES**

Estimado padre o guardián:

Este centro de cuidado de menores participa en el Programa de Cuidados de Alimentación de Menores y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y recibe fondos federales para ofrecer comidas y bocadillos saludables a todos los menores inscritos. El monto del reembolso que el centro recibe está basado en la información que usted suministra en la Solicitud de Cumplimiento de Requisitos del Hogar adjunta. Si su ingreso es menor o igual al ingreso indicado en el cuadro que presentamos a continuación para el tamaño de su hogar, el centro recibirá un mayor nivel de reembolso. Lea cuidadosamente las instrucciones que adjuntamos y complete toda la información solicitada. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por favor entregue la solicitud completa a nuestro centro tan pronto como sea posible.

Si un miembro de su familia (menor o adulto) recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o si usted brinda cuidados de crianza a un menor que está bajo la responsabilidad legal del DCFS o de un tribunal, estos menores cumplen con los requisitos para obtener los beneficios de comidas sin considerar los ingresos de su hogar.

Si su ingreso es superior a las pautas de ingreso indicadas a continuación, usted no debe completar esta solicitud. Sin embargo, sería útil si usted escribiera el nombre de su hijo en la solicitud y la entregara en nuestro centro. Por favor notifíquenos si usted o alguien en su hogar se queda sin trabajo y la pérdida de ingreso obliga que su hogar forme parte de los estándares de cumplimiento de requisitos de ingresos.

La información que usted proporciona en la solicitud será utilizada para determinar el cumplimiento de requisitos de su hijo para recibir beneficios de comidas. La información suministrada en la solicitud será tratada confidencialmente y únicamente estará disponible para el personal conectado directamente con la administración del CACFP.

Al firmar el Número 4 de la solicitud para el seguro de salud *All Kids* de Illinois, usted está indicando que no quiere que su información sea compartida con el Departamento de Salud y Servicios para Familias de Illinois. Si usted está de acuerdo en divulgar la información de la solicitud, la misma podrá ser utilizada para identificar a su(s) hijo(s) para el programa de seguro de salud. Si usted quisiera recibir más información sobre *All Kids*, llame en forma gratuita al 866/255-5437 o 877/204-1012 (TTY).

**PAUTAS DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE INGRESOS**

Desde el 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012

Nivel para comidas de precios reducidos

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada miembro adicional de la familia agregue	7,067	589	295	272	136

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor contáctese con nuestro centro.

Cordialmente,

De conformidad con la Ley Federal y las disposiciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame en forma gratuita al 866/632-9992 (voz). Los individuos que tienen dificultades de audición o discapacidades del habla podrán contactarse con USDA a través de Federal Relay Service al 800/877-8339 o 800/845-6136 (español). USDA es un empleador y proveedor con igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES PARA PADRES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL HOGAR

Una vez que reciba la debida aprobación para los beneficios de comidas, la Solicitud de Cumplimiento de Requisitos del Hogar de un menor permanecerá vigente durante 12 meses.

Complete la Solicitud de Cumplimiento de Requisitos del Hogar para una de las siguientes áreas:

- Si alguna persona del hogar (menor o adulto) recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o del programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), siga las **Instrucciones A** que se presentan a continuación.
- Si usted tiene un menor en cuidados de crianza que está bajo la responsabilidad legal del Departamento de Menores y Servicios para Familias (DCFS) o de un tribunal, siga las **Instrucciones B** que se presentan a continuación.
- Si usted recibe ingresos, siga las **Instrucciones C** que se presentan a continuación.

### **Instrucciones A – Hogares que reciben beneficios SNAP o TANF**

Si algún miembro de su hogar (menor o adulto) recibe beneficios SNAP o TANF, suministre la siguiente información:

- **Número 1**—Liste los nombres de TODAS las personas de su hogar (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted) y la(s) edad(es) de el(los) menor(es) que asisten al centro de cuidados de menores.
- **Número 3**—Registre un número de caso válido de SNAP o TANF para cada miembro (menor o adulto) de este hogar. No indique el número de su tarjeta LINK de Illinois. Usted podrá encontrar su número de caso SNAP o TANF en su tarjeta médica o en la carta de cumplimiento de requisitos de beneficios.
- **Número 4 (OPCIONAL)**—*Programa de Seguro de Salud All Kids de Illinois.*
- **Número 6**—Incluya la firma de un miembro adulto de su hogar y feche la solicitud.
- Su solicitud está completa.

**Instrucciones B—Solicitud para un menor en cuidados de crianza.** Un menor en cuidados de crianza está bajo la responsabilidad legal del DCFS o del tribunal.

- 1) Si usted tiene un documento legal del DCFS o del tribunal de su menor en cuidados de crianza, por favor suministre una copia; usted no tiene que completar esta solicitud. Si usted no tiene un documento legal, siga el Paso 2 o 3 que se presentan a continuación.
- 2) Si todos los menores de su hogar (que asisten a este centro) son menores en cuidados de crianza proporcione la siguiente información:
  - **Número 1**—Liste los nombres y edades de sus menores en cuidados de crianza que asisten a este centro.
  - **Número 2**—Tilde los casilleros indicando que se trata de menores en cuidados de crianza.
  - **Número 4 (OPCIONAL)**— *Programa de Seguro de Salud All Kids de Illinois.*
  - **Número 6**— Incluya la firma de un miembro adulto de su hogar y feche la solicitud.
  - Su solicitud está completa.
- 3) Si usted tiene menores en cuidados de crianza junto con otros menores que asisten a este centro, por favor proporcione la siguiente información:
  - **Número 1**— Liste los nombres de TODOS los miembros del hogar, incluyendo a los menores en cuidados de crianza, y las edades de los menores que asisten al centro de cuidado de menores.
  - **Número 2**— Tilde los casilleros indicando a los menores en cuidados de crianza.
  - **Número 4 (OPCIONAL)**— *Programa de Seguro de Salud All Kids de Illinois.*
  - **Luego vaya a Instrucciones C—Hogares que informan ingresos** que está a continuación y complete los Números 5 y 6.

### **Instrucciones C—Hogares que informan ingresos**

No es necesario completar información sobre ingresos si usted suministró la información SNAP o TANF en el Número 3. Sin embargo, si ninguna persona en su hogar recibe beneficios SNAP o TANF, por favor informe todos los ingresos del hogar. La Solicitud de Cumplimiento de Requisitos del Hogar debe incluir la siguiente información:

- **Número 1**—Liste los nombres de TODOS los miembros del hogar y las edades de los menores que asisten al centro de cuidado de menores.
- **Número 4 (OPCIONAL)**— *Programa de Seguro de Salud All Kids de Illinois.*
- **Número 5**—Indique el ingreso bruto total (antes de las deducciones), no el dinero que se lleva a su hogar; y la frecuencia, cada cuánto recibe dinero, para cada miembro de su hogar durante el último mes. Si el ingreso del último mes no corresponde con el monto que usted recibe regularmente, usted podrá suministrar un monto proyectado que represente en forma más adecuada su ingreso bruto.
  - ÚNICAMENTE para las personas que son sus propios empleadores, indique sus ingresos después de haber deducido los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler.
  - Si usted pertenece a la Iniciativa Militar de Vivienda Privada o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingreso.
- **Número 6**— Incluya la firma de un miembro adulto de su hogar y feche la solicitud. Asimismo, indique los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del adulto que firma la solicitud. Si usted se niega a indicar los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social, la solicitud no podrá ser aprobada. Si el adulto no tiene número de seguridad social, tilde el casillero, *No tengo número de seguridad social.*
- Su solicitud está completa.

<b>1 LISTE A TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR</b> (niños y adultos)  NOMBRE COMPLETO (Primer nombre, segundo nombre y apellido)	Edades de los niños del centro	<b>2 MENOR EN CUIDADOS DE CRIANZA</b> Tilde el casillero para todos los menores en cuidados de crianza que están bajo responsabilidad legal del DCFS o de un tribunal. Si todos los hijos son menores en cuidados de crianza, continúe en el número 6.	<b>3 NÚMERO DE CASO SNAP o TANF</b> Continúe si se trata de un hijo de crianza. Suministre un número de caso SNAP O TANF para cualquier niño o adulto en su hogar. No use el número de tarjeta LINK. Si está completo, continúe en el número 6. Nombre del niño o adulto: _____  Número de caso: _____ _____ - _____ - _____ - _____
		<input type="checkbox"/>	<b>4 OPCIONAL – COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL PROGRAMA DE SEGUROS ALL KIDS</b> ¿Podemos compartir la información de esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids, el programa de seguro de salud completo para todos los niños de Illinois? Si la respuesta es afirmativa, no firme a continuación.  No, no quiero que compartan la información de esta solicitud con el Programa de Seguros All Kids.  Firme aquí: _____
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

**5 MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS** —Liste únicamente los nombres de los individuos que viven en el hogar, su ingreso bruto y con qué frecuencia lo reciben (Ejemplo: \$100/mes). Si una persona tiene un segundo trabajo, liste dicho ingreso en la última columna. Luego de completar, continúe en el Número 6.

NOMBRES (Liste únicamente a los individuos con ingresos)	INGRESOS LABORALES (Ingreso bruto antes de las deducciones)		INGRESOS DE BIENESTAR, ALIMENTOS DEL MENOR, CUOTA ALIMENTARIA		INGRESOS DE RETIRO, PENSIONES, SEGURO SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL		INGRESOS DE AHORROS, INVERSIONES, FIDEICOMISOS, CUENTAS 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 (un adulto debe firmar)**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si el Número 5 está completo, el adulto que firma el formulario también debe indicar los cuatro últimos dígitos de su número de seguridad social o tildar el casillero *No tengo número de seguridad social*.

-   - \_\_\_\_\_  
 Número de seguridad social

No tengo número de seguridad social.

*Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta y que se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro obtendrá fondos federales en función de la información que he suministrado. Entiendo que la institución, la Junta de Educación del Estado de Illinois o la Oficina del Inspector General podrán verificar esta información de la solicitud. El error deliberado en la información podrá estar sujeto a acciones judiciales de acuerdo con las leyes federales y estatales que resulten aplicables.*

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del miembro adulto del hogar en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_ Domicilio del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD:** La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar dicha información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar la reducción de valor o el carácter gratuito de las comidas de su hijo/a. Usted debe incluir los últimos cuatro números del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguridad social no se requiere cuando usted presenta la solicitud en nombre de un menor de cuidado de crianza o usted lista el número de caso de un programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program), programa de asistencia temporal a familias necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR, Food Distribution Program on Indian Reservations) u otro identificador FDPIR para su hijo/a, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguridad social. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo/a cumple con los requisitos para beneficiarse con la reducción de precio o el carácter gratuito de las comidas, y para la administración y cumplimiento del Programa de Alimentación para Cuidado de Menores y Adultos. Tal vez nosotros PODAMOS compartir su información de cumplimiento de requisitos con programas educativos, nutricionales y de salud para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con auditores de las revisiones de programas y con oficiales de la ley para ayudarlos a buscar violaciones a las reglas del programa.

**NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con las leyes federales y los reglamentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidades. Para presentar una demanda por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave, SW, Washington D.C. 20250-9410, o llame en forma gratuita al 866/632-9992 (voz). Los individuos que tienen dificultades de audición o discapacidades del habla podrán contactarse con USDA a través del Federal Relay Service al 800/877-8339 u 800/845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

SÓLO PARA USO DE LOS REPRESENTANTES DE CUIDADO DE MENORES – DETERMINACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS – COMPLETE LAS CINCO SECCIONES (de la A a la E) QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN  
 Siga las instrucciones para instituciones para procesar las solicitudes de cumplimiento de requisitos de hogares disponible en [www.isbe.net/nutrition](http://www.isbe.net/nutrition).

<b>SECCIÓN A</b> Fecha de recepción: _____ (Fecha en que el progenitor devolvió la solicitud completa al centro.) <b>SECCIÓN B</b> Tilde uno de los casilleros que están a continuación para indicar cómo determinará el cumplimiento de los requisitos. <input type="checkbox"/> Hogar SNAP/TANF Household— El número SNAP o TANF cumple con el criterio de un número de caso aceptable. <input type="checkbox"/> Menor de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Ingreso del hogar—Complete la información que está a continuación Tamaño total del hogar _____ Ingreso total del hogar \$ _____ / _____ Ejemplo: \$100/semana, o \$100/cada dos semanas	<b>TABLA DE CONVERSIÓN</b> Para convertir todos los ingresos y expresarlos en ingresos anuales, utilice los siguientes cálculos de conversión: Ingreso semanal x 52 Ingreso cada 2 semanas x 26 Ingreso dos veces por mes x 24 Ingreso mensual x 12
<b>SECCIÓN C</b> Basándose en la información suministrada, esta solicitud será: <input type="checkbox"/> Aprobada en forma total <input type="checkbox"/> Aprobada en forma total para menores de cuidados de crianza <input type="checkbox"/> Aprobada con restricciones <input type="checkbox"/> Rechazada – Las comidas se reclamarán en la categoría paga. <b>Aprobación temporaria</b> (No utilice para menores de cuidados de crianza) Esta solicitud informó cero ingreso o una reducción temporaria de los ingresos. <input type="checkbox"/> Aprobada en forma total <input type="checkbox"/> Aprobada con restricciones La aprobación temporaria dura 45 días y expira el _____ (fecha). Vuelva a evaluar los ingresos luego de esa fecha.	
<b>SECCIÓN D</b> Firma del representante _____ Fecha _____	
<b>SECCIÓN E</b> Fecha de vigencia _____	La fecha de vigencia puede ser retroactiva hasta el primer día en que el menor participa del Programa de Alimentación para Cuidado de Menores y Adultos siempre que ocurra dentro del mismo mes en que se recibió este formulario. Ver Sección A.