

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte - Salud de mujeres y niños**  
**PROGRAMA DE COMIDAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)**  
**SOLICITUD PARA ADULTOS PARA PODER INTEGRAR EN EL PROGRAMA DE COMIDAS**

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, llene esta solicitud cuidadosamente, firme, feche y devuelva la solicitud a: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Si tiene preguntas sobre este formulario, sírvase llamar al \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DEL PARTICIPANTE (en letra de imprenta) Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

2. HOGARES QUE RECIBEN MEDICAID, SSI, FDPIR O SNAP: Si el solicitante se encuentra actualmente incluido en un programa de Medicaid, SSI/Ingreso suplementario del Seguro Social, FDPIR/Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas y/o SNAP /Cupones de comida, se podrá dar el número de caso en vez de indicar el ingreso.  Sí, estamos recibiendo Medicaid, SSI, FDPIR o SNAP. Si el adulto participante forma parte de un hogar que recibe ayuda SNAP o FDPIR, o si participa en SSI o Medicaid, este adulto participante tendrá derecho automático a recibir los beneficios de comidas gratuitas del Programa, siempre que haya llenado la solicitud.

Núm. de Medicaid \_\_\_\_\_ Núm. de SNAP \_\_\_\_\_  
 Núm. de SSI \_\_\_\_\_ Núm. de FDPIR \_\_\_\_\_  
 Si recibe beneficios y ha dado el número del caso, **NO llene el número 3. Llene sólo los números 4 (optativo) y 5.**

3. INGRESO MENSUAL DE TODOS LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR: Indique todos los que están viviendo en su hogar, incluyendo el participante mencionado arriba. Indique todo el ingreso bruto (antes de hacer deducciones) que fue recibido el mes pasado. **Si usted no da un número de caso para Medicaid, SSI, FDPIR o SNAP, debe llenar la información sobre ingresos.**

Nombre de todos los que viven en el hogar	Sueldos/salarios mensuales	Ingresos mensuales -- Seguro Social	Ingresos mensuales -- Jubilación o pensión	Ingresos mensuales -- Otros
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

5. IDENTIDAD ÉTNICA: (Marque sólo uno)  
 Hispana o Latina  Ni Hispana ni Latina  
 IDENTIDAD RACIAL DEL PARTICIPANTE: (Marque uno o más)  
 Blanca  Morena/Negra o Afroamericana  Indígena americano/Nativa de Alaska  
 Asiática  Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico

6. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información dada arriba es verídica y correcta y que se ha reportado todo el ingreso. Entiendo que estoy dando esta información para recibir fondos federales; los funcionarios de la entidad pueden verificar la información dada en la solicitud y si falsifico información intencionalmente, se me puede enjuiciar de acuerdo con las leyes penales federales y estatales pertinentes.

\_\_\_\_\_  
 Firma de un adulto en el hogar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 (Se exigen los 9 números para hogares que califican debido al ingreso)  
 \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

La Sección 9 de la Ley Nacional sobre Almuerzos Escolares exige que a menos que se proporcione un número de caso al recibir beneficios SNAP o FDPIR o el número de identificación de SSI o Medicaid del adulto para quien se solicitan beneficios, usted debe proveer los últimos cuatro números del Seguro Social en la solicitud. Éstos deben ser el últimos cuatro números del Seguro Social del adulto de ese hogar que firma la solicitud. Si dicho adulto no tiene un número de Seguro Social, se deberá indicar eso en la solicitud. No es obligatorio dar los últimos cuatro números del Seguro Social, pero si no se dan o si no se indica que el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social, no se podrá aprobar la solicitud. Se debe avisar lo anterior al adulto del hogar cuyo últimos cuatro números del Seguro Social se divulgan. Se pueden usar los últimos cuatro números del Seguro Social para identificar al adulto del hogar cuando se realice la verificación de la información indicada en la solicitud. Se podrá realizar la verificación a través de revisiones, auditorías e investigaciones de programas, las que pueden incluir la comunicación con empleadores para determinar ingresos, la comunicación con entidades de SNAP, con organizaciones de tribus indígenas, o con las oficinas de asistencia social para determinar la certificación actual para recibir beneficios SNAP o FDPIR, la comunicación con la oficina emisora de beneficios SSI o Medicaid para determinar la certificación actual para recibir beneficios, la comunicación con la oficina de empleos del estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y la verificación de la documentación producida por los adultos del hogar para comprobar la cantidad del ingreso recibido. Lo antedicho puede resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamaciones administrativas o acciones judiciales si se ha dado información incorrecta.

**Para uso exclusivo de la Institución/Patrocinador**

NÚM. DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$ \_\_\_\_\_  
 Se aprueba:  gratis  reducido  se niega  
 Razón por la negación:  ingresos demasiado altos  solicitud incompleta  Otros \_\_\_\_\_  
 Se retiró el (fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del funcionario de calificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

For state use only: Verified by: _____ Date: _____ Verified classification: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied Reason for change in classification: _____
---

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD E INTEGRAR EN EL CACFP

Sírvase llenar la Solicitud para poder integrar en el programa de comidas en el cuidado de niños y adultos usando las instrucciones que se dan a continuación. Firme la declaración y devuélvala a la guardería adulta.

**PARTE 1. INFORMACIÓN SOBRE PARTICIPANTE(S): Llene esta parte.**

Dé el nombre (en letra de imprenta) del adulto inscrito en el centro social diurno para adultos.

**PARTE 2. HOGAR QUE RECIBE BENEFICIOS DE SNAP, SSI, MEDICAID O FDPIR: Llene esta PARTE y la PARTE 5.**

- 1) Dé su número de identificación actual si recibe o su número de identificación de beneficios de SNAP, Medicaid, SSI o FDPIR.
- 2) Un adulto que vive en el hogar debe firmar la declaración en la PARTE 5.

**PARTE 3. INGRESOS DEL HOGAR. Llene esta PARTE y la PARTE 5.**

- 1) Dé los nombres de todos los que viven en el hogar, incluyendo el adulto inscrito en el centro social diurno para adultos.
- 2) Indique la cantidad de todos los ingresos (*antes* de la deducción de impuestos o cualquier otra deducción) y la frecuencia del ingreso (por semana, quincenal, bimensual o mensual) recibido el **mes pasado** por cada persona que vive en el hogar y su procedencia, por ejemplo, ingresos del trabajo/empleo, asistencia social, pensiones/jubilaciones y otros ingresos (refiérase a los ejemplos más adelante para los tipos de ingresos que se deben indicar). Si alguna cantidad fue más alta o más baja de lo normal, anote el ingreso normal para esa persona.
- 3) Un adulto de dicho hogar debe firmar esta declaración y dar los últimos cuatro números de su Seguro Social en la PARTE 5.

**PARTE 4. IDENTIDAD ÉTNICA/ RACIAL Llene estos datos.**

**PARTE 5. FIRMA Y NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL: Todos los hogares deben llenar esta PARTE.**

- 1) Todas las declaraciones para poder integrar al programa deben ser firmadas por un adulto que vive en el hogar.
- 2) El adulto del hogar que firma la declaración debe incluir los últimos cuatro números de su Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, ponga “ninguno”. Si dio un número para SNAP o de Medicaid, SSI o FDPIR, no es necesario dar los últimos cuatro números del Seguro Social.

**INGRESOS QUE SE DEBEN DIVULGAR**

<u>Ingresos del trabajo/empleo</u> Sueldos/salarios/propinas Beneficios por huelga	<u>Pensiones/jubilación/Seguro Social</u>	<u>Otros Ingresos</u>
<u>Compensación por estar desempleado</u> - Seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo ( <i>Worker's Compensation</i> ) - Ingresos netos por ser propietario de una empresa o granja/finca agrícola	- Pensiones - Ingresos por suplemento al Seguro Social - Ingresos por jubilación - Pagos por ser veterano de guerra - Seguro Social	- Beneficios por discapacidad  - Efectivo sacado de cuenta de ahorros  - Intereses/dividendos  - Ingresos por inversiones, fideicomisos o herencia  - Contribuciones o aportaciones periódicas por personas que no viven en el hogar
<u>Beneficencia social/Mantenimiento de niños o del cónyuge</u> - Pagos por asistencia pública - Pagos de asistencia social - Pagos para mantenimiento de niños o del cónyuge	<u>Hogares militares</u> - Todo ingreso en efectivo, incluyendo subsidios para vivienda y uniformes. NO incluye beneficios “en especie” que NO se pagan en efectivo (vivienda, ropa, comida, atención médica, etc., en una base militar)	- Regalías o anualidades netas  - Ingresos netos por arriendos/alquileres  - Cualquier otro ingreso

Todos los programas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos están al alcance de todos, sin tener en cuenta raza, color de piel, sexo, origen nacional, edad o discapacidad.

**CARTA AL HOGAR PARTICIPANTE/CURADOR PARA INSTITUCIONES QUE NO  
PUEDEN COBRAR COMIDAS POR SEPARADO  
PROGRAMA DE COMIDAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)**

Estimado participante o curador/tutor:

Por favor ayúdenos a cumplir con las requisitos federales que exigen que todos los años se presente una Solicitud para poder integrar en el programa (CAC 11A). Se usará esta solicitud solamente para determinar si reúne las condiciones de participación; luego se colocará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. Para que se pueda calificar a los participantes y a la guardería adulta para que reciban los beneficios del programa, un adulto que vive en el hogar debe llenar esta Solicitud para cada participante inscrito en la guardería adulta lo antes posible; además, debe firmar y fechar esa Solicitud y entregarla a la guardería. No es obligatorio llenar esta solicitud a menos que el participante desee ser considerado para comidas gratuitas o a precios reducidos.

**Participantes de SNAP (Cupones de comida), SSI (Ingreso Suplemental del SS), Medicaid, FDPIR (Programa de distribución de comidas en reservaciones indígenas):** Si el participante ahora recibe Cupones de comida, beneficios SSI, Medicaid o FDPIR, entonces tendrá derecho automático a comidas gratuitas. Sólo necesita indicar el número de caso para SNAP o el número de identificación de SSI, Medicaid o FDPIR; firme, feche y regrese la Solicitud.

Todos los demás hogares: Si el ingreso del hogar del participante está al nivel o por debajo del nivel que se muestra en el cuadro más adelante, el participante tendrá derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos. Para solicitar los beneficios de comidas, se deberá proporcionar la información siguiente o no se podrá aprobar la solicitud.

**\*Los que viven en el hogar:** Indique el nombre del participante y del cónyuge del participante, así como todos los niños dependientes que viven en el hogar del participante.

**\*Ingreso actual:** Indique la cantidad del ingreso que cada persona recibió el mes pasado (ANTES de la deducción de impuestos, FICA, etc.), la frecuencia del ingreso y de dónde proviene, como por ejemplo sueldos, beneficencia social o jubilación. Si en su hogar vive una persona cuyo ingreso el mes pasado fue más alto o más bajo de lo normal, indique el ingreso mensual promedio que esa persona generalmente gana.

**\*Firma:** un adulto que viven en el hogar debe firmar esta solicitud.

**\*Número de Seguro Social:** Indique los últimos cuatro números del Seguro Social del adulto que firma esta solicitud. Si ese adulto no tiene un número de Seguro Social, escriba "Ninguno".

Si en su hogar vive una persona cuyo ingreso el mes pasado fue más alto o más bajo de lo normal, dé el ingreso mensual promedio que esa persona generalmente gana.

EN VIGENCIA DEL 1° DE JULIO DEL 2015 AL 30 DE JUNIO DEL 2016					
DIRECTIVAS PARA INGRESOS REDUCIDOS					
Número de personas que viven en el hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso quincenal	Ingreso bimensual	Ingreso semanal
1	21,775	1,815	908	838	419
2	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
<b>Para cada persona adicional en el hogar agregue:</b>	<b>+7,696</b>	<b>+642</b>	<b>+321</b>	<b>+296</b>	<b>+148</b>

Usted puede presentar una solicitud para calificarse en el programa en cualquier momento del año fiscal. Participantes cuyos miembros de familia pierden su empleo, tienen derecho a comidas gratuitas o a precios reducidos durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingreso cause que el ingreso de la familia entera, durante el período de desempleo, esté dentro de los parámetros de derecho a dichas comidas.

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or if all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) To file a Civil Rights complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), or at any USDA Office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter by mail to U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.