

## Formulario de elegibilidad de ingresos para centros de atención diurna para adultos

Consulte las INSTRUCCIONES en la parte de atrás.

Nombre del centro \_\_\_\_\_

Nombre del adulto que recibe atención \_\_\_\_\_

**Parte 1. Complete esta parte si alguien de su grupo familiar recibe beneficios del SNAP, TANF, FDPIR o si usted recibe SSI o beneficios de Medicaid.  
Luego pase a la Parte 3.**

Número de caso de SNAP \_\_\_\_\_ Número de caso de SSI \_\_\_\_\_

Número de TANF \_\_\_\_\_ Número de caso de Medicaid \_\_\_\_\_

Número de FDPIR \_\_\_\_\_

**Parte 2a. Complete esta parte solo si no completó la Parte 1. Inclúyase usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que viven en su grupo familiar.  
Luego indique todos los ingresos que recibió su grupo familiar el mes pasado.**

Nombre de los miembros del grupo familiar	Ganancias brutas (antes de deducciones)		Subsidio mensual, Manutención infantil, Pensión alimentaria	Ingresos mensuales de pensión, Jubilación, Seguro Social	Cualquier otro ingreso mensual
	Trabajo N.o 1	Trabajo N.o 2			
1 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Parte 2b. Si se completa la Parte 2a, se debe dar en el formulario el nombre y los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la Parte 3.  
Si el adulto no tiene un número de Seguro Social, escriba NINGUNO en el espacio que se da.**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_

**Parte 3. Después de leer la siguiente declaración y la declaración de la parte de atrás, firme abajo.**

Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta y que se informan todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que doy.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DEL PATROCINADOR

N.º de acuerdo de CACFP	Total de miembros del grupo familiar	Ingresos totales \$	Libres <input type="checkbox"/>	Reducido <input type="checkbox"/>	Pagado <input type="checkbox"/>
Firma del personal del centro			Fecha de determinación		

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Richard B. Russell National School Lunch Act (Ley Nacional de Almuerzo Escolar de Richard B. Russell) requiere la información de este formulario. No se exige que dé la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para las comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. No se requiere el número de Seguro Social cuando incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR); Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o Medicaid del participante o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de Social Security. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para el reembolso por comidas gratis o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del programa.

### Instrucciones para completar DOH-3834

#### Definición de ingresos

*Ingresos* se refiere al ingreso antes de las deducciones de los impuestos sobre la renta, los impuestos del Seguro Social, las primas del seguro, las contribuciones de caridad, los bonos, etc. Incluye: (1) la compensación monetaria por los servicios, incluyendo los sueldos, el salario, las comisiones o los cargos; (2) el ingreso neto de un trabajador por cuenta propia no agrícola; (3) el ingreso neto de un trabajador por cuenta propia agrícola; (4) los pagos del Seguro Social; (5) los dividendos o intereses en los ahorros o bonos, ingresos de las herencias o los fideicomisos, o el ingreso neto de alquileres; (6) la compensación por desempleo; (7) la jubilación militar o como empleado civil del gobierno, o pensiones o pagos de veteranos; (8) las pensiones privadas o anualidades; (9) los pagos de pensión alimentaria o manutención de menores; (10) las contribuciones habituales de personas que no viven con el grupo familiar; (11) las regalías netas; (12) los beneficios para militares que se reciben en efectivo, como el dinero para vivienda, salvo si está en la Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa para la Privatización de Vivienda Militar); y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

#### Definición de grupo familiar

Grupo familiar se refiere a *familia*, como se define en la sección 226.2. *Familia* se define como el participante adulto, el cónyuge y los dependientes del participante adulto, si residen con el participante adulto.

### Instrucciones para los solicitantes:

Escriba el nombre del centro en el espacio dado.

Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que va a este centro.

**PARTE 1:** Si alguien de su grupo familiar recibe SNAP, TANF, participa en el FDIPIR o usted recibe SSI o Medicaid, complete la PARTE 1. Escriba el número de caso de SNAP, TANF, FDIPIR, SSI o Medicaid. Luego complete la PARTE 3 y devuelva el formulario al centro.

**PARTE 2a:** Complete esta sección si no completó la PARTE 1. Inclúyase usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que viven en su grupo familiar. Luego indique todos los ingresos que recibió su grupo familiar el mes pasado.

Escriba la cantidad de ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de que se dedujeran los impuestos o algo más. Consulte la definición de "ingresos" y la definición de "grupo familiar" de arriba. Si alguna cantidad del mes pasado fue mayor o menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona.

**PARTE 2b:** Si completó la PARTE 2a, se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Social Security del adulto que firma la certificación. Si no tiene un número de Seguro Social, escriba "ninguno".

**PARTE 3:** Firme y feche el formulario y devuélvalo al centro.

### Instrucciones para los centros y los patrocinadores:

**El personal del centro o del patrocinador debe completar, firmar y fechar la sección For Sponsor Use Only (Solo para uso del patrocinador).** El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de los ingresos y garantizar que esté completo como se indica en las instrucciones de arriba. Después, indique lo siguiente:

**El número de acuerdo del Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) del patrocinador.**

**Cantidad total de miembros del grupo familiar:** no es necesario completar este punto si el participante completó la PARTE 1.

**Ingreso total:** no es necesario completar este punto si el participante completó la PARTE 1. Indique el ingreso mensual total como se calculó de la PARTE 2a. Si el participante decide no revelar el ingreso, el formulario se debe clasificar como pagado.

**Gratis, Reducido o Pagado:** compare el ingreso total del grupo familiar y la cantidad total de miembros del grupo familiar con las Directrices de elegibilidad de ingresos (CACFP-3687) del año actual para determinar si el grupo familiar se debe clasificar como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna adecuada de CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el participante indicó un ingreso quincenal, multiplique esta cantidad por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (que no tengan firmas, información de los ingresos, números de casos de SNAP, TANF, FDIPIR, SSI o Medicaid) se clasifican en la categoría pagado.

El representante del patrocinador/centro que determina la elegibilidad debe firmar y fechar el formulario.

**El formulario de elegibilidad de los ingresos es válido hasta el último día del mes durante un año calendario a partir de la fecha en la que se firma.** Por ejemplo, un formulario que se firmó el 12 de mayo de 2019 es válido hasta el 31 de mayo de 2020.