|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del proveedor:** | **Número del proveedor:** |

**Estimado Padre/Madre/Tutor:**

Su hijo(s) está inscrito para servicios de cuidado de niños con el proveedor domiciliario indicado a la derecha. Este proveedor ha sido autorizado para recibir financiamiento de CACFP para la comida servida a los niños a través de: **[NOMBRE de la ORGANIZACIÓN PATROCINADORA]**

**Esta organización patrocinadora está autorizada por el Departamento de Instrucción Pública (Department of Public Instruction, DPI) de WI para distribuir el reembolso de comidas de CACFP a los proveedores domiciliarios emitido por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA).**

Las tasas de reembolso de comida más altas (Nivel 1) se podrían pagar a su proveedor domiciliario por las comidas que ella/él sirve a sus hijos cuando su grupo familiar recibe los beneficios especificados o cumple los criterios enumerados abajo O tiene un ingreso total igual o inferior al monto indicado para el tamaño de su grupo familiar en la tabla de abajo.

**Por favor complete y entregue el formulario de Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (HSIS) para la organización patrocinadora para determinar si se pagará la tasa de reembolso de comida a su proveedor domiciliario para las comidas que ella/el sirve a su hijo(s).** Solo se requiere rellenar un HSIS para todos los niños de su grupo familiar. Si su grupo familiar no cumple los criterios de elegibilidad, agradeceríamos que devuelva el HSIS con “N/A” escrito en el formulario junto con su firma y la fecha.

Una vez que se determine que es elegible para las tasas de comida de Nivel 1, sus hijos continuarán siendo elegibles por un periodo que no superará los 12 meses, independientemente de cualquier cambio en el tamaño y/o ingreso del grupo familiar o la terminación de los programas de beneficios durante este periodo de 12 meses. Esta información se mantendrá confidencial.

* **Por favor tenga en cuenta que no está obligado a entregar el HSIS rellenado para que sus hijos participen en CACFP.**

**Determinar la elegibilidad en base a la participación en programas de beneficios →** *Complete la Parte 1 y la Parte 3 de este formulario HSIS*

Su proveedor domiciliario recibirá tasas de reembolso de comida de Nivel 1 por las comidas que ella/él le sirva a sus hijos si su grupo familiar recibe beneficios de FoodShare WI (el programa de asistencia de alimentación suplementaria (SNAP)), FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas), el programa de asistencia en efectivo W-2 (Wisconsin Works) Cash Assistance Program, WIC (el programa de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños), Respite Care (cuidado de relevo) y/o TEFAP (el programa de asistencia alimentaria de emergencia).

* **W-2 Cash Assistance es el programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) de Wisconsin. Este programa entrega temporalmente asistencia en efectivo a través de colocación en un empleo y programas de capacitación y NO ES el programa de subsidio de cuidado para niños Wisconsin Shares.** El Programa W-2 incluye el programa de asignación de empleo de prueba (Trial Employment Match Program, TEMP por sus siglas en inglés), trabajos de servicio comunitario (Community Service Jobs, CSJ), transiciones W-2 (W-2 Transitions, W-2 T), padre custodio de un infante (Custodial Parent of an Infant, CMC) y embarazos en riesgo (At Risk Pregnancy, ARP).

|  |  |
| --- | --- |
| **Debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de FoodShare WI, FDPIR, W-2 Cash Assistance, WIC, Respite Care o TEFAP:** | |
| 1. Los nombres de sus hijos inscritos; | * NO incluya los números de caso para: |
| 1. Casilla marcada para el beneficio que recibe su grupo familiar y su número de caso; y | Medicaid, SSI, O Wisconsin Shares Child Care Subsidy program Y |
| 1. La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma | * NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos para FoodShare WI |

**Determinación de elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar →** *Complete la Parte 2 y la Parte 3 de este formulario HSIS*

**Escala de ingresos del tamaño del grupo familiar** (Efectiva desde el 1º de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2020)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tamaño del grupo familiar** | **Nivel de ingreso anual** (igual o menor) | Si su grupo familiar gana un ingreso total que es inferior o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, sus hijos serán elegibles para las tasas de reembolso de comida de Nivel 1. **Para determinar la elegibilidad basada en el tamaño e ingresos del grupo familiar, debe incluir la siguiente información en la HSIS (a-e):**   1. Los nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que comparten los ingresos y los gastos, incluidos hijos, padres y personas sin parentesco; 2. Ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar identificado por la fuente del ingreso y su frecuencia de pago; 3. Número total de miembros del grupo familiar;   **(d)** La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma; y  **(e)** Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el HSIS o una indicación de que él/ella no tiene número de seguro social.  ⦁ No se exige la divulgación de la ciudadanía de los Estados Unidos o la situación migratoria y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comida de Nivel 1.  **Elegibilidades de niños de crianza, jóvenes fugados de casa, niños sin hogar y niños migrantes y niños inscritos en Head Start:**  Si su grupo familiar sí cumple los criterios de elegibilidad especificados en esta carta, cualquier niño que resida en su hogar y que sea un niño de crianza, fugado de casa, sin hogar o migrante, o un niño inscrito en Head Start, calificará para tasas de reembolso de comida del Nivel 1 cuando se entregue la documentación respectiva indicada a continuación. Por favor tenga en cuenta que la **elegibilidad de estos niños para las tasas de reembolso de Nivel 1 no se extenderá a los otros niños en su grupo familiar.**   * **Niños de crianza:** Su HSIS completado con la casilla marcada “Niño de crianza" junto a los nombres de sus niños de crianza. |
| 1 | $ 23,107 |
| 2 | $ 31,284 |
| 3 | $ 39,461 |
| 4 | $ 47,638 |
| 5 | $ 55,815 |
| 6 | $ 63,992 |
| 7 | $ 72,169 |
| 8 | $ 80,346 |
| Por cada miembro adicional del grupo familiar, añada: | +$ 8,177 |

Cuando los incluya en su HSIS completado para sus hijos no de crianza, cualquier ingreso reportado para sus hijos de crianza solo debe ser para su uso personal. Entonces sus hijos de crianza serán elegibles para las tasas de reembolso de comida de Nivel 1. Las elegibilidades de sus hijos no de crianza se basarán en la información de beneficios o ingresos proporcionada en el formulario HSIS completado para su grupo familiar.

* **Niños inscritos en Head Start:** Certificación escrita del periodo de elegibilidad de inscripción en Head Start del niño emitida por la agencia que administra el programa Head Start.
* **Niños fugados, sin hogar y migrantes:** Certificación escrita de la situación del niño emitida por un funcionario apropiado de un programa para jóvenes fugados y sin hogar, programa de educación para migrantes o funcionario escolar.
* **Elegibilidad gratis/precio reducido para los programas de almuerzo escolar nacional o desayuno escolar:** Una copia de la carta de la determinación de elegibilidad gratis/a precio reducido de la escuela.

**Declaración sobre uso de información:** La ley nacional Richard B. Russell de almuerzo escolar (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información en este formulario. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, sus hijos no serán elegibles para las tasas de comida de Nivel 1. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario a menos que: El HSIS es solo para su niño(s) de crianza; para cuando indica un número de caso para recibir los beneficios enumerados antes; o cuando marca “Ninguno” por no tener un n.º de SS.

**Compartir la información de elegibilidad:** La información de elegibilidad para comida de los niños se podrá compartir, de acuerdo con los requisitos de protección de divulgación sin notificación previa, con programas de educación, salud y nutrición para evaluar su elegibilidad para recibir beneficios. La ley nos permite compartir la información de elegibilidad de sus hijos con programas como Medicaid o BadgerCare para garantizar su acceso a un seguro de salud gratuito o de bajo costo, **a menos que nos pida que no lo hagamos**. Esta información solo de podrá usar para determinar la elegibilidad para sus programas; si sus hijos son elegibles, ellos podrían ponerse en contacto con usted para ofrecerle sus opciones de inscripción. Por favor tenga en cuenta que rellenar este HSIS no inscribe automáticamente a sus hijos en esos programas. **Si no quiere que compartamos su información con esos programas, por favor notifíquenoslo por escrito. Esta notificación no cambiará si las comidas de sus hijos son elegibles para el reembolso por comida.** Su información de elegibilidad proporcionada en este HSIS también podría compartirse con auditores para revisiones de programa y funcionarios de la ley para el propósito de investigar violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, ni ejercer represalias o consecuencias por actividad anterior de derechos humanos en algún programa o actividad gestionado o financiado por USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para comunicar la información del programa (por ej., Braille, letra grande, audio cinta, lenguaje de señas estadounidense, etc.), debería comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en idiomas distintos al inglés. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa USDA](Formulario%20de%20queja%20por%20discriminación%20en%20un%20programa%20USDA%20) (AD-3027) disponible en internet en: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA e incluir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o la carta a 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](mailto:program.intake@usda.gov)

**Enviar el HSIS rellenado para la determinación de elegibilidad:** Usted debe enviar su HSIS rellenado al patrocinador para que tome una determinación de elegibilidad. Su proveedor domiciliario puede ofrecerse a recoger los HSIS rellenados de las familias de sus hijos inscritos y después enviárselos al patrocinador para tomar determinaciones de elegibilidad. Si el proveedor domiciliario se ofrece a recoger los HSIS rellenados, **usted puede elegir enviar su HSIS en las siguientes formas**:

**• Entregarle su HSIS rellenado al proveedor domiciliario** con su consentimiento escrito (poniendo sus iniciales en la cláusula de consentimiento parental al final del HSIS) para que él/ella haga llegar su HSIS rellenado al patrocinador en su nombre; **O**

* **Enviar el HSIS rellenado directamente al patrocinador** por correo electrónico, correo postal o fax al patrocinador al:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [**Nombre de la organización patrocinadora**] | **Correo electrónico:** [**Correo electrónico de la organización patrocinadora**] | [**Dirección postal de la organización patrocinadora**] | **Fax:** \*\*\*.\*\*\*.\*\*\*\* |

* **[NOMBRE de la ORGANIZACIÓN PATROCINADORA]** no está autorizada a compartir la información de elegibilidad de sus hijos o la determinación de elegibilidad resultante con su proveedor.

**Si tiene preguntas o inquietudes, por favor llame al [REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR] y pida hablar con [NOMBRE DEL PATROCINADOR] al [NÚMERO DE TELÉFONO]**.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del representante del patrocinador**

**DECLARACIÓN DE TAMAÑO E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)**

**Para establecer la elegibilidad de Nivel 1 para los niños inscritos** Un miembro adulto del grupo familiar debe enviar este formulario

**en hogares de Nivel 2:** completado a la organización patrocinadora o a su proveedor

Consulte la *Carta para el proveedor* adjunta para las instrucciones sobre cómo domiciliario con su consentimiento.

completar este formulario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos de los hijos inscritos** | | | | | | **Organización patrocinadora** | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre/número de proveedor** | | | | | | | | | | |
| **PARTE 1: BENEFICIOS**  Si nadie recibe esos beneficios, pase a la PARTE 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si algún miembro de su grupo familiar recibe actualmente beneficios de:** | | | | | | | | **Marque la casilla para el beneficio recibido E indique el número de caso** | | | | | | | | | | | | * NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos para FoodShare * Los beneficios del subsidio para cuidado de niños Wisconsin Shares NO es la asistencia en efectivo W-2 Cash Assistance. | | | | | | | | | | | |
| **FoodShare Wisconsin (n.º de 10 dígitos)**  **Wisconsin Works (W-2) Cash Assistance (n.º de 10 dígitos)**  **FDPIR (n.º de 9 dígitos)**  ***Haga un círculo en el beneficio que recibe:* WIC, Respite  Care o TEFAP** | | | | | | | |  | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | | | | | |
| **PARTE 2: TAMAÑO E INGRESOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR** (Complete a, b y c)  Si completó la PARTE 1, no necesita ingresar la información del grupo familiar y de ingresos abajo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **a) Indique abajo el nombre completo de todos los miembros del grupo familiar,** incluido usted y todos los niños. | | | | | | | **b) Enumere todos los ingresos** en la misma línea que la persona que lo recibe.   * Registre cada fuente de ingresos solo una vez. * Marque la casilla para indicar con qué frecuencia recibe cada fuente de ingresos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miembro del grupo familiar:** alguien que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco con usted. | | | | | | | Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos en efectivo, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base/alimentos/ vestimenta, compensación laboral, beneficios por huelga, desempleo | | | | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces al mes | Mensual | Anual | Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal | | | Semanal | | | Cada 2 semanas | Dos veces al mes | Mensual | Anual | Pensiones privadas, fideicomisos/ herencias, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces al mes | Mensual | Anual |
| **Miembros del grupo familiar** | (Opcional)  **Edad** | **Marque si es un niño de crianza** | | **Marque si corresponde No tiene ingresos** | | |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | $ | | | |  |  |  |  |  | $ | | |  | | |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |
| **c) N.º total de miembros del grupo familiar: \_\_\_\_\_** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTE 3: TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS NÚMEROS DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DE UN MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO FAMILIAR (N-º del SS)**  **Si se completa la Parte 2, el adulto que firme el formulario debe indicar los últimos cuatro dígitos de su n.º de SS o marcar “Ninguno” si no tiene un nº de SS.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **YO CERTIFICO** (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verdadera, y que se han reportado todos los ingresos a menos que la elegibilidad se establezca por recibir FoodShare, W-2 Cash Assistance, FDPIR, WIC, Respite Care y/o TEFAP. Entiendo que esta información se entrega en conexión con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de CACFP deben verificar (comprobar) la información. Entiendo que si entrego deliberadamente información falsa, mi proveedor podría perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma de miembro adulto del grupo familiar** | | | | | **Firma Fecha** *Mes/Día/Año* | | | | | | | | | | | | **Últimos 4 dígitos n.º del SS (o marque “Ninguno” si no tiene un n.º del SS)**  **\*\*\*-\*\*-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ❑ Ninguno** | | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_Coloque aquí sus iniciales si ha dado su consentimiento para que su proveedor domiciliario reúna y envíe los HSIS rellenados al patrocinador con el entendimiento de que el proveedor domiciliario no tiene permiso para revisar su HSIS completado. Si elige no otorgar este consentimiento, por favor envíe por correo electrónico, correo postal o fax su HSIS rellenado directamente al patrocinador usando la información de contacto indicada en la Carta para el Padre/Madre/Tutor entregada junto con este formulario.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección** | | | | | **Número de teléfono durante el día** | | | | | | | | | | | | **Correo electrónico** | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA – Deben completarse todas las 3 secciones y el *Mes efectivo de determinación* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Base para determinar la elegibilidad *(A o B)*** | | | | | | | | | | 2) Determinación de elegibilidad | | | | | | | | 3) Iniciales del funcionario que decide la determinación y fecha de aprobación | | | | | | | | | | | | | |
| **A. *Tamaño e ingresos del grupo familiar***  **Tamaño total del grupo familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_**    \* **Ingreso total $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *($ monto) (Periodo de tiempo)* | | | **B. *Beneficios/Crianza***  **Recibe ≥ 1 de 6 beneficios calificadores**  **Niño(s) de crianza:** | | | | | | | **Elegible para Nivel 1**  **Elegible para Nivel 2** | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | |
| **\*\*Mes efectivo de determinación**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Mes/Año** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Semanal x 52 | Dos veces al mes x 24 |
| Cada 2 semanas x 26 | Mensual x 12 |

**\*** Convertir a ingreso anual solo cuando se reporten múltiples frecuencias de pago, usando únicamente estos multiplicadores:

\*\* Este formulario expira un año después del *Mes efectivo de determinación.*