



## DECLARACION DE TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

Programa de alimentación para cuidado de niños y adultos

Complete este formulario (HSIS) y entréguelo al centro. Complete un HSIS por grupo familiar.  
Consulte la *Carta para el grupo familiar* adjunta para instrucciones sobre cómo completar este formulario.

<b>Nombre y apellido del participante inscrito:</b>	<b>Centro</b>
---	---------------

**PARTE 1: BENEFICIOS**

¿Alguno de los miembros del grupo familiar recibe actualmente FoodShare WI o FDPIR o el participante inscrito recibe SSI o Medicaid? Si contestó que sí, marque el programa y escriba el número de caso correspondiente abajo; después vaya a la PARTE 3. Si no, salte a la PARTE 2.

<input type="checkbox"/> <b>FoodShare Wisconsin (Número de caso de 10 dígitos):</b> NO incluya el número de 16 dígitos de la tarjeta Quest: _____	<input type="checkbox"/> <b>SSI (Número de caso de 10 dígitos):</b> Solo si el participante inscrito recibe SSI. _____
<input type="checkbox"/> <b>FDPIR (Número de caso de 9 dígitos):</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Medicaid (Número de caso de 10 dígitos):</b> Solo si el participante inscrito recibe Medicaid. _____

**PARTE 2: TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR**  
Si no completó la PARTE 1, complete a, b y c abajo; después vaya a la PARTE 3.

<b>a) Información de los miembros del grupo familiar</b> Indique los nombres completos de todos los miembros en la primera columna a continuación	<b>b) Indique todos los ingresos en la misma línea que el miembro del hogar que los recibe.</b> Registre cada fuente de ingreso solo una vez. • Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe cada fuente de ingreso.
--	--

Nombres de los miembros del grupo familiar	Marque si no tiene ingresos	Salarios brutos, ingreso neto (auto-empleado), propinas, comisiones, bonos en efectivo, pagas y asignaciones militares, compensación laboral, desempleo	Cada 2 semanas				Cada mes				Jubilación, seguro social, SSI, discapacidad, beneficios de VA, manutención infantil, pensión conyugal	Cada 2 semanas				Cada mes				Pensiones privadas, fideicomisos, anualidades, inversiones, intereses, ingreso neto por alquiler, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso				
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes		Mensual	Annual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual						
Miembro del grupo familiar: cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no está emparentada con usted.	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**c) Registre el n.º total de miembros del grupo familiar:** \_\_\_\_\_

**PARTE 3: FIRMA**

Un miembro adulto del hogar debe firmar y fechar este formulario

Si la PARTE 2 se completó, el adulto que firma el formulario debe indicar los últimos cuatro dígitos de su n.º del seguro social O marcar «Ninguno» si no tiene un n.º del seguro social.

**RECOPIACION DE DATOS DE RAZA Y ORIGEN ÉTNICO – Completarlos es opcional**  
La legislación federal obliga a este centro a formular las siguientes dos preguntas sobre el origen étnico y la raza. Sus respuestas son estrictamente para informes estadísticos y no tendrán ningún efecto en la determinación de la elegibilidad para beneficios. **Por favor responda las dos preguntas.**

¿ES EL PARTICIPANTE INSCRITO HISPANO O LATINO?  Sí, hispano o latino  No, ni hispano ni latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS QUE APLICAN AL PARTICIPANTE INSCRITO:

Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Negra o afroamericana  Blanca  Asiática  Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

**YO CERTIFICO** que toda la información en este formulario es verdadera. Entiendo que esta información se da en conexión con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente, el centro podría perder beneficios de comida, y puedo ser enjuiciado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de un miembro adulto del hogar	Fecha de firma Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social (o marque «Ninguno» si no tiene n.º del seguro social) ***-**-____ <input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------------	----------------------------	--

**SOLO PARA USO DEL CENTRO – Completar las 3 secciones**

<b>Sección 1:</b> Base para determinar la elegibilidad (A o B)	<b>Sección 2:</b> Determinación de la elegibilidad	<b>Sección 3:</b> Iniciales del funcionario que toma la determinación/Fecha de aprobación Mes efectivo de determinación
---	---	---

<p><b>A. Tamaño e ingreso del grupo familiar</b></p> <p>Tamaño total del grupo familiar _____</p> <p>*Total ingreso \$ _____ / _____  (\$ monto) (Período de tiempo)</p>	<p><b>B. Beneficios</b></p> <p><input type="checkbox"/> FoodShare WI</p> <p><input type="checkbox"/> FDPIR</p> <p><input type="checkbox"/> SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p>	<p><input type="checkbox"/> Gratuita</p> <p><input type="checkbox"/> Reducida</p> <p><input type="checkbox"/> No necesitado</p>	<p>Iniciales/Fecha: _____</p> <p>**Mes efectivo de determinación: _____  Mes/Año</p>
<p>*Convertir a ingreso anual <u>solo</u> cuando se reporten varias frecuencias de pago, usando solo estos multiplicadores:</p>	<p>Semanal x 52  -----  Cada 2 semanas x 26</p>	<p>Dos veces al mes x 24  -----  Mensual x 12</p>	<p>**Este formulario vence en un año desde el <i>Mes efectivo de determinación.</i></p>