

**Estimado padre/madre o tutor:** Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Número de proveedor \_\_\_\_\_

Su hijo(s) está inscrito para servicios de cuidado infantil con el proveedor domiciliario mencionado a la derecha. Este proveedor ha sido autorizado para recibir fondos de CACFP para las comidas que se sirven a los niños hasta \_\_\_\_\_

La organización patrocinadora está aprobada por el Departamento de Instrucción Pública (Department of Public Instruction, DPI) de Wisconsin para distribuir reembolsos de comida de CACFP a los proveedores emitidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA). Las tarifas de reembolso de comidas más altas (Nivel 1) se podrían pagar a su proveedor por las comidas que sirve a sus hijos cuando su grupo familiar recibe los beneficios especificados o cumple los criterios mencionados a continuación O si tiene un ingreso total igual o inferior al monto indicado para su tamaño del grupo familiar en la tabla de abajo.

**Por favor responda y haga llegar el formulario adjunto de Declaración de ingresos y tamaño del grupo familiar (Household Size-Income Statement, HSIS) para que la organización patrocinadora determine qué tasa de reembolso de comidas se pagará a su proveedor por las comidas que sirve a su(s) hijo(s).**

Solo se requiere completar un solo HSIS para todos los niños en su grupo familiar. Si su grupo familiar no cumple los criterios de elegibilidad, agradeceríamos que nos haga llegar el formulario HSIS con «N/A» (no aplica) escrito junto con su firma y la fecha.

Si se determina que es elegible para tarifas de comida de Nivel 1, sus hijos seguirán siendo elegibles por un período no superior a los 12 meses, independientemente de cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar y/o de ingresos o de la terminación de programas de beneficios durante este período de 12 meses. Esta información se mantendrá confidencial.

➤ **No está obligado a entregar un HSIS relleno para que sus hijos participen en CACFP.**

**Determinación de la elegibilidad según la participación en programas de beneficios** → *Completar la Parte 1 y la Parte 3 en el formulario HSIS*

Su proveedor recibirá las tasas de reembolso de comidas de Nivel 1 que sirven a sus hijos si su grupo familiar recibe beneficios de FoodShare, el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) de Wisconsin, FDPIR (Programa de distribución de alimentos para reservas indígenas), programas de WI Works, WIC (el programa de nutrición suplementaria especial para mujeres, lactantes y niños), Respite Care (cuidado de relevo), y/o TEFAP (el Programa de asistencia alimentaria de emergencia).

Los **Wisconsin Works Programs** es el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) de Wisconsin. **Ofrece asistencia de dinero temporal a través de la colocación laboral y programas de capacitación y NO ES el programa de Subsidio para cuidado infantil (Child Care Subsidy Program) de WI.** Los programas de WI Works incluyen el programa de asignación de empleo de prueba (TEMP), Trabajos de servicio comunitario (CSJ), Transiciones W-2 (W-2T), Manejo de caso, Progenitor con custodia de un niño (CMC), Servicios para padres menores de edad, Padres sin custodia y mujeres embarazadas, Learnfare y pagos de emergencia.

**Debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de FoodShare WI, FDPIR, programas de WI Works, WIC, Respite Care o TEFAP:**

- (a) Los nombres de sus niños inscritos;
  - (b) Casilla marcada para el beneficio que recibe su grupo familiar y su número de caso; y
  - (c) La firma de un miembro adulto en el grupo familiar y la fecha de firma.
- NO indique los números de caso para: Medicaid, SSI, O el programa de Subsidio para cuidado infantil de Wisconsin (Wisconsin Child Care Subsidy) Y
  - NO indique el número de 16 dígitos de la tarjeta Quest (empieza con 5077) para FoodShare WI

**Determinar la elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar** → *Completar la Parte 2 y la Parte 3 en el formulario HSIS*

**Escala de tamaño e ingresos del grupo familiar** (efectivo a partir del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024)

Tamaño del hogar	Nivel de ingreso anual (igual o inferior a)
1	\$ 26,973
2	\$ 36,482
3	\$ 45,991
4	\$ 55,500
5	\$ 65,009
6	\$ 74,518
7	\$ 84,027
8	\$ 93,536
Por cada miembro adicional del grupo familiar, debe sumar:	+\$ 9,509

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 tasas de reembolso de comida de Nivel 1.

**Para determinar la elegibilidad basada en el tamaño e ingreso de su grupo familiar, debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-e):**

- (a) Nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que comparten ingresos y gastos, incluidos hijos, padres y personas sin parentesco.
- (b) El ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar por fuente de ingreso y la frecuencia de pago;
- (c) 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 no tienen un número del seguro social.

elegibilidad

para tasas de reembolso de comida más altas.

**Elegibilidad de niños de crianza, niños fugados, sin hogar y migrantes y niños en Head Start y almuerzo escolar gratuito/a precio reducido:** Si su grupo familiar no cumple los criterios de elegibilidad mencionados en esta carta, cualquier niño que resida en su hogar que sea un niño de crianza, fugado, sin hogar o migrante, esté inscrito en el programa Head Start o califique para Almuerzos/desayunos escolares a precio reducido, calificará para las tarifas de reembolso de comida del Nivel 1 cuando se proporcione la documentación respectiva indicada a continuación. **La elegibilidad de esos niños para las tarifas de reembolso de comidas de Nivel 1 no se extiende a otros niños en su grupo familiar:**

- **Niños en casa de crianza:** Su formulario HSIS completado con la casilla «Niño en casa de crianza» marcada junto a los nombres de sus niños de crianza. Al incluirlos en su HSIS completado para sus niños no de crianza, cualquier ingreso reportado para sus hijos niños de crianza solo debe ser para su uso personal. Entonces sus hijos de crianza serán elegibles para las tasas de reembolso de comida del Nivel 1. La elegibilidad de sus niños no de crianza se basará en la información de beneficios o ingresos proporcionada en el formulario HSIS completado de su grupo familiar.
- **Niños inscritos en Head Start:** Certificación inscrita del periodo de elegibilidad para inscripción en Head Start de su hijo de la agencia que gestiona Head Start.
- **Niños fugados de casa, sin hogar o migrantes:** Certificación escrita del estado del niño de un funcionario responsable del programa para jóvenes fugados y sin hogar, programa de educación de migrantes o funcionario escolar.
- **Elegible para gratuidad/precio reducido para programas de almuerzo nacional escolar o de desayuno escolar:** copia de la carta de determinación de la escuela respecto a la elegibilidad para comidas gratuitas/a precio reducido.

**Declaración de uso de información:** La Ley nacional de almuerzo escolar Richard B. Russel exige la información en este formulario. No está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, sus hijos no serán elegibles para las tarifas de comida de Nivel 1. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario, a menos que: El HSIS es solo para su niño(s) de crianza; indique un número de caso para recibir los programas mencionados anteriormente; o cuando el miembro del hogar que firma el HSIS marca «Ninguno» por no tener un número de seguro social.



**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.

**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 proveedor domicilio que cuida a mis hijos podría perder el Reembolso de comidas, y yo puedo ser enjuiciado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de un miembro adulto del hogar	Fecha de firma <i>Mes/Día/Año</i>	Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social (o marque «Ninguno» si no tiene n.º del seguro social)  ***_**_ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
_____ coloque sus iniciales aquí si ha dado su consentimiento para que su proveedor recopile y reenvíe el HSIS rellenados al patrocinador con el entendimiento de que el proveedor no tendrá permitido revisar su HSIS rellenado. Si elige no dar ese consentimiento, puede enviar por correo electrónico, correo postal o fax su HSIS rellenado directamente al patrocinador usando la información de contacto mencionado en el Carta del grupo familiar entregada junto con este formulario.		
Dirección	Número de teléfono durante el día	Correo electrónico

**FOR SPONSORING ORGANIZATION USE ONLY - Complete all 3 sections**

Section 1: Basis of Determining Eligibility (A or B)	Section 2: Eligibility Determination	Section 3: Determining Official's Initials/Approval Date and Effective Month of Determination
<b>A. Household Size &amp; Income</b> Total Household Size _____ *Total Income \$ _____ / _____ (\$ Amount) (Time Period)	<b>B. Benefits/Foster</b> <input type="checkbox"/> Receives ≥ 1 of 6 Qualifying Benefits <input type="checkbox"/> Foster Child(ren)	<input type="checkbox"/> Tier 1 Eligible <input type="checkbox"/> Tier 2 Eligible Initials/Date: _____ **Effective Month of Determination: _____ Month/Year

*Convert to yearly income <u>only</u> when multiple pay frequencies are reported, using only these multipliers:	Weekly x 52	Twice a month x 24	**This form expires one year from the Effective Month of Determination.
	Every 2 weeks x 26	Monthly x 12	