

DECLARACIÓN DE TAMAÑO E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)

PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA PARA CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS

Complete este formulario (HSIS) y hágalo llegar al centro. Complete un HSIS por grupo familiar.

Consulte la Carta para el grupo familiar adjunta para las instrucciones sobre cómo completar este formulario

Nombre y apellido del participante(s) inscrito(s)	Centro
---	--------

**PARTE 1: BENEFICIOS**

Si nadie recibe esos beneficios, pase a la PARTE 2.

Marque la casilla para <b>FoodShare Wisconsin</b> o <b>FDPIR</b> e indique el número de caso si algún miembro de su grupo familiar recibe actualmente esos beneficios.  <input type="checkbox"/> <b>FoodShare WI</b> (n.º de 10 dígitos) _____ NO incluya el n.º de 16 dígitos de la tarjeta Quest	Marque la casilla para el <b>Ingreso de seguridad suplementario (SSI)</b> o <b>Medicaid</b> Y añada el número de caso solo si el participante(s) inscrito recibe actualmente esos beneficios.  <input type="checkbox"/> <b>SSI</b> (n.º de 10 dígitos) _____ <input type="checkbox"/> <b>Medicaid</b> (n.º de 10 dígitos) _____
--	--

**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.

<b>a) Indique abajo el nombre completo de todos los miembros del grupo familiar</b> , incluido usted y todos los niños.  Miembro del grupo familiar: alguien que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco con usted.	<b>b) Enumere todos los ingresos</b> en la misma línea que la persona que lo recibe. <ul style="list-style-type: none"> <li>Registre cada fuente de ingresos solo una vez.</li> <li>Marque la casilla para indicar con qué frecuencia recibe cada fuente de ingresos.</li> </ul> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Miembros del grupo familiar</th> <th rowspan="2">Marque si corresponde</th> <th rowspan="2">Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos en efectivo, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base/alimentos/ropa, compensación laboral, beneficios por huelga, desempleo</th> <th colspan="4">Semana</th> <th colspan="4">Cada 2 semanas</th> <th colspan="4">Dos veces al mes</th> <th colspan="4">Mensual</th> <th colspan="4">Anual</th> </tr> <tr> <th>\$</th><th></th><th></th><th></th> <th>\$</th><th></th><th></th><th></th> <th>\$</th><th></th><th></th><th></th> <th>\$</th><th></th><th></th><th></th> <th>\$</th><th></th><th></th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	Miembros del grupo familiar	Marque si corresponde	Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos en efectivo, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base/alimentos/ropa, compensación laboral, beneficios por huelga, desempleo	Semana				Cada 2 semanas				Dos veces al mes				Mensual				Anual				\$				\$				\$				\$				\$					<input type="checkbox"/>	\$																						<input type="checkbox"/>	\$																						<input type="checkbox"/>	\$																						<input type="checkbox"/>	\$																						<input type="checkbox"/>	\$																						<input type="checkbox"/>	\$																				
Miembros del grupo familiar	Marque si corresponde				Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, bonos en efectivo, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base/alimentos/ropa, compensación laboral, beneficios por huelga, desempleo	Semana				Cada 2 semanas				Dos veces al mes				Mensual				Anual																																																																																																																																																																
		\$					\$				\$				\$				\$																																																																																																																																																																			
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
	<input type="checkbox"/>	\$																																																																																																																																																																																				
<b>c) N.º total de miembros del grupo familiar:</b> _____																																																																																																																																																																																						

**PARTE 3: TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES**

**RECOPIACIÓN DE DATOS DE RAZA Y ETNICIDAD – Completar esta información es opcional**  
 La legislación federal obliga a este centro a formular las dos preguntas sobre raza y etnia. Sus respuestas son estrictamente para información estadística y no afectarán a la determinación de la elegibilidad para recibir beneficios. **Por favor responda las dos preguntas.**

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

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES RAZAS QUE SE APLIQUEN A SU HIJO(S):

Indio estadounidense o nativo de Alaska  Negro o afroamericano  Blanco  Asiático  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

**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 n.º 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, FDPIR, SSI y/o Medicaid. 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 doy deliberadamente información falsa, el centro 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)  ***.**_ ____ <input type="checkbox"/> Ninguno
--	-------------------------	--

**SOLO PARA USO DEL CENTRO – Complete todas las 3 secciones y el Mes efectivo de determinación**

<b>Sección 1:</b> Base para determinar la elegibilidad (A o B)	<b>Sección 2:</b> Determinación de elegibilidad	<b>Sección 3:</b> Iniciales del funcionario que decide la determinación y fecha de aprobación
A. <b>Tamaño e ingresos del grupo familiar</b> Tamaño total del grupo familiar _____  1Ingreso total \$ _____ / _____ (\$ monto) (Periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/> Gratuita  <input type="checkbox"/> Reducida  <input type="checkbox"/> No necesitado	_____  3Mes efectivo de determinación  _____ Mes/Año
B. <b>Beneficios</b> <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> SSI <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Medicaid <sup>2</sup> 2Solo participante(s) inscrito(s)		

<sup>1</sup>Convertir a ingreso anual solo cuando se reporten múltiples frecuencias de pago, usando únicamente estos multiplicadores:

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

<sup>3</sup>Este formulario expira un año después del Mes efectivo de determinación.