

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. Por favor comuníquese con el centro si necesita asistencia.

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 FoodShare Wisconsin o FDPIR E indique el número de caso si algún miembro de su grupo familiar recibe actualmente esos beneficios.	Marque la casilla para el Ingreso de seguridad suplementario (SSI) o Medicaid Y añada el número de caso solo si el participante(s) inscrito recibe actualmente esos beneficios.
<input type="checkbox"/> FoodShare WI (n.º de 10 dígitos) _____ NO incluya el n.º de 16 dígitos de la tarjeta Quest	<input type="checkbox"/> FDPIR (n.º de 9 dígitos) _____
<input type="checkbox"/> SSI (n.º de 10 dígitos) _____	<input type="checkbox"/> Medicaid (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.

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. <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>																																											
Miembro del grupo familiar: alguien que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco con usted.	<table border="1" style="width:100%"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Miembros del grupo familiar</th> <th rowspan="2">Marque si corresponde No tiene ingresos</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 rowspan="2">Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal</th> <th colspan="4">Cada 2 semanas</th> <th rowspan="2">Pensiones privadas, fideicomisos/herencias, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso</th> <th colspan="4">Cada 2 semanas</th> </tr> <tr> <th>Semana</th> <th>Cada 2 semanas</th> <th>Dos veces al mes</th> <th>Mensual</th> <th>Annual</th> <th>Semana</th> <th>Cada 2 semanas</th> <th>Dos veces al mes</th> <th>Mensual</th> <th>Annual</th> <th>Semana</th> <th>Cada 2 semanas</th> <th>Dos veces al mes</th> <th>Mensual</th> <th>Annual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$</td> <td><input type="checkbox"/></td><input type="checkbox"/></tr></tbody></table>	Miembros del grupo familiar	Marque si corresponde No tiene ingresos	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				Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Cada 2 semanas				Pensiones privadas, fideicomisos/herencias, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Cada 2 semanas				Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual		<input type="checkbox"/>	\$	<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 No tiene ingresos				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				Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Cada 2 semanas				Pensiones privadas, fideicomisos/herencias, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Cada 2 semanas																												
		Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes		Mensual	Annual	Semana	Cada 2 semanas		Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semana		Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual																									
	<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) N.º total de miembros del grupo familiar: \_\_\_\_\_ | |

PARTE 3: TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES

RECOPIACIÓN DE DATOS DE ETNIA Y RAZA – Completar esta información es opcional

La legislación federal obliga a este centro a formular las dos preguntas siguientes sobre etnia y raza. 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

SELECCIONA UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE APLICAN AL PARTICIPANTE INSCRITO:

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

Sección 1: Base para determinar la elegibilidad (A o B)	Sección 2: Determinación de elegibilidad	Sección 3: Iniciales del funcionario que decide la determinación y fecha de aprobación				
A. Tamaño e ingresos del grupo familiar 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. Beneficios <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)	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td>Semana x 52</td> <td>Dos veces al mes x 24</td> </tr> <tr> <td>Cada 2 semanas x 26</td> <td>Mensual x 12</td> </tr> </table>	Semana x 52	Dos veces al mes x 24	Cada 2 semanas x 26	Mensual x 12	
Semana x 52	Dos veces al mes x 24					
Cada 2 semanas x 26	Mensual x 12					

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

Semana 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.