

Estimado Miembro del Hogar:

El/La _____ está matriculado en el CACFP, un programa del USDA que
(Nombre de la Agencia)

proporciona dólares de asistencia federal a los centros de cuidado diurno para adultos para servir comidas más nutritivas. La cantidad de dinero que nuestra agencia recibe de este programa se basa en los niveles de ingresos de nuestros participantes matriculados. **Con el fin de seguir proporcionando un servicio de comida de calidad sin cargo adicional, pedimos a cada hogar de nuestros participantes matriculados que completen un nuevo Formulario de Declaración de Ingresos por Tamaño del Hogar (HSIS) cada año. Por favor complete y devuelva el formulario HSIS adjunto a nuestra oficina. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial en nuestros archivos.** Una vez que hayamos aprobado adecuadamente su HSIS como elegible, nuestra agencia recibirá las tasas de reembolso de comidas más altas para los participantes matriculados en su hogar, durante 12 meses a partir del *Mes Efectivo de Determinación* independientemente de cualquier cambio en el tamaño o el ingreso del hogar o la terminación de los Programas de Beneficios.

Usted no está obligado a completar y devolver este HSIS si nadie en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (FoodShare Wisconsin), FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias), o Beneficios en Efectivo W-2 (programas de colocación pagada, y de cuidado infantil no subsidiado) y el ingreso de su hogar es más alto que el monto indicado para el tamaño de su hogar en la tabla de abajo. En este caso, sin embargo, le agradeceríamos que nos devolviera el formulario de HSIS con "N/A" escrito junto con su firma y fecha.

Determinar la Elegibilidad basada en la Participación en Programas de Beneficios → Complete Parte 1 y Parte 3 del formulario de HSIS

Nuestra agencia recibe la tasa de reembolso de comidas más alta para los participantes matriculados en los hogares que reciben FoodShare Wisconsin, Medicaid, SSI, o beneficios FDPIR.

Debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-c) para elegibilidad basada en los beneficios de FoodShare Wi, Medicaid, SSI o FDPIR:

- (a) Los nombres de los participantes matriculados en su hogar;
- (b) El número de caso apropiado para FoodShare Wisconsin, Medicaid, SSI o FDPIR; y
- (c) La firma de un miembro adulto en su hogar y fecha de firma

Determinación de Elegibilidad por Tamaño e Ingreso del Hogar → Complete Parte 2 y Parte 3 del formulario HSIS

Escala de Ingresos del Tamaño del Hogar (Efectivo de Julio 1, 2017 a Junio 30, 2018)

Tamaño del Hogar	Nivel de Ingresos Anuales (en o abajo)
1	\$22,311
2	\$30,044
3	\$37,777
4	\$45,510
5	\$53,243
6	\$60,976
7	\$68,709
8	\$76,442
Para cada Miembro adicional del Hogar, añada:	+\$7,733

Si su hogar tiene un ingreso total menor o igual a los niveles de ingresos listados en esta tabla, nuestra agencia recibirá tasas de reembolso de comidas más altas para los participantes inscritos en su hogar.

Para determinar la elegibilidad basándose en el tamaño y los ingresos de su hogar, debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-d):

- (a) Nombres completos de todos los miembros del hogar que compartan ingresos y gastos, incluidas las personas no relacionadas;
- (b) Ingresos del hogar recibidos por cada miembro del hogar identificados por fuente de ingreso y con qué frecuencia se recibe cada fuente;
- (c) La firma de un miembro adulto dentro de su hogar y fecha de firma; y
- (d) Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del hogar que firma el HSIS o una indicación de que él/ella no tiene un número de la seguridad social.

La divulgación del estatus de ciudadanía o inmigración de Estados Unidos no es requerida y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comidas mayores.

Uso de la Declaración de Información: La Ley de Almuerzos Nacionales de Richard B. Russel requiere la información de este formulario.

Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, nuestra agencia no puede recibir tasas de reembolso más altas para las comidas servidas a los participantes inscritos dentro de su hogar. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro del hogar que firma el formulario a menos que usted enumere un número de caso para recibir FoodShare Wisconsin, Medicaid, SSI, o FDPIR o cuando el miembro del hogar que firma el HSIS marca "Ninguno" por no tener un SS #. Su información de elegibilidad proporcionada en el HSIS puede ser compartida con los auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley con el propósito de investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), al USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA se les prohíbe discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, incapacidad, edad, o represalia por la actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por USDA. Las personas con

discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede hacer disponible en idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el [Formulario de Quejas de Discriminación del Programa USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completado a USDA por: (1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Firma del Representante de la Agencia