

Estimado participante inscrito, miembro del grupo familiar o tutor:

\_\_\_\_\_ está inscrita en el CACFP, un programa de USDA

(Nombre de la agencia)

que proporciona dólares de asistencia federal a los centros elegibles de cuidado diurno de adultos para que sirvan comidas más nutritivas. El monto de dinero que nuestra agencia recibe de este programa se basa en los niveles de ingreso de los grupos familiares de nuestros participantes inscritos. **A fin de continuar proporcionando un servicio de comidas de calidad sin cargos adicionales, solicitamos que cada grupo familiar de nuestros participantes inscritos complete cada año un nuevo formulario de Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (HSIS). Por favor complete y envíe el formulario HSIS adjunto a nuestra oficina. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial en nuestros archivos.** Solo se requiere un formulario HSIS completado por grupo familiar. Una vez que hayamos aprobado debidamente el HSIS como elegible, nuestra agencia recibirá tasas más altas de reembolso por comida (*"Gratuitas"* o *"A precio reducido"*) para los participantes inscritos en este grupo familiar, durante 12 meses desde el *Mes efectivo de determinación* con independencia de que se produzcan cambios en el tamaño y/o los ingresos del participante inscrito o la terminación para programas de beneficios.

• Usted no está obligado a completar y enviar este formulario si: Nadie en el grupo familiar recibe beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) (FoodShare Wisconsin) o FDIPIR (Programa de distribución de alimentos a las reservas indígenas); el participante inscrito no recibe beneficios de Medicaid o del Ingreso de seguridad suplementario (SSI); y el ingreso del hogar es superior al monto para su tamaño de grupo familiar indicado en la tabla a continuación. Sin embargo, en estos casos agradeceríamos que nos haga llegar el formulario HSIS con "N/A" escrito en el formulario junto con su firma y la fecha.

Un participante inscrito en el grupo familiar debería completar este HSIS con asistencia, si fuera necesario, de un miembro del grupo familiar o de un tutor. Si no puede completar este formulario y ningún miembro del grupo familiar puede ayudar, el centro podrá completar este HSIS en nombre del participante inscrito solo con la aprobación del Departamento de instrucción pública (Department of Public Instruction, DPI).

**Determinación de la elegibilidad basada en la participación en programas de beneficios** → *Complete la Parte 1 y la Parte 3 de este formulario HSIS*

Nuestra agencia recibe una tasa de reembolso de comida Gratuita por los participantes inscritos de grupos familiares que reciben beneficios de FoodShare Wisconsin o FDIPIR o por los participantes inscritos que reciben beneficios de Medicaid o SSI.

**Debe incluir la siguiente información en el HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de FoodShare WI, FDIPIR, Medicaid o beneficios de SSI:**

- (a) El nombre(s) del participante(s) inscrito(s) del grupo familiar; • **NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos para FoodShare WI**
- (b) Casilla marcada por los beneficios recibidos y su número de caso; y • **NO enumere los beneficios de Medicaid y SSI que reciban otros miembros del grupo familiar distintos al participante(s) inscrito(s).**
- (c) La firma y fecha de firma de un miembro adulto del grupo familiar

**Determinación de elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar** → *Complete la Parte 2 y la Parte 3 del formulario HSIS*

Los grupos familiares para los participantes inscritos se definen como los participantes mismos más cónyuges y dependientes que residan con ellos. Adultos con deficiencias funcionales que residan con sus padres/tutores generalmente se consideran un grupo familiar separado de ellos.

**Escala de ingresos del tamaño del grupo familiar** (Efectiva desde el 1º de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022)

Tamaño del grupo familiar	Nivel de ingreso anual (igual o menor)
1	\$ 23,828
2	\$ 32,227
3	\$ 40,626
4	\$ 49,025
5	\$ 57,424
6	\$ 65,823
7	\$ 74,222
8	\$ 82,621
Por cada miembro adicional del grupo familiar, añada:	+ \$ 8,399

Si un grupo familiar gana un ingreso total que es inferior o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, nosotros recibiremos tasas más altas de reembolsos de comida (*tasa de comida "Gratuita" o "A precio reducido"*) para los participantes inscritos dentro de este grupo familiar.

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

- (a) Nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que compartan los ingresos y gastos, incluidos el cónyuge y los dependientes.
  - (b) Ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar identificado por la fuente del ingreso y su frecuencia de pago;
  - (c) Número total de miembros del grupo familiar;
  - (d) La firma y fecha de firma de un miembro adulto del grupo familiar; y
  - (e) Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del grupo familiar que firma el HSIS o una indicación de que él/ella no tiene número de seguro social.
- No se exige la divulgación de la ciudadanía de los Estados Unidos o de la situación migratoria y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comida más altas.

**Declaración sobre uso de información:** La ley nacional Richard B. Russell de almuerzo escolar (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información en este formulario. Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, nuestra agencia no podrá recibir tasas de reembolso más altas por las comidas servidas al participante(s) inscrito(s) perteneciente a este grupo familiar. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario a menos que haya indicado un número de caso por recibir FoodShare Wisconsin, FDIPIR, Medicaid, o SSI; si el miembro del grupo familiar que firma el HSIS marca "No tiene" por no tener un n.º del seguro social; o usted es el tutor del participante inscrito que está completando este formulario en su nombre. La información de elegibilidad proporcionada en este HSIS podría ser compartida con auditores para revisiones de programa y funcionarios de la ley para el propósito de investigar violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, ni ejercer represalias o consecuencias por actividad anterior de derechos humanos en algún programa o actividad gestionado o financiado por USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para comunicar la información del programa (por ej., Braille, letra grande, audio cinta, lenguaje de señas estadounidense, etc.), debería comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en idiomas distintos al inglés. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa USDA](#) (AD-3027) disponible en internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA e incluir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o la carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la agencia