

DECLARACIÓN DE TAMAÑO E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)

Child and Adult Care Food Program

Un miembro adulto del grupo familiar debe completar este formulario (HSIS) y hacerlo 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 apellidos de los hijos inscritos	Centro
--	---------------

PARTE 1: BENEFICIOS

Si nadie recibe esos beneficios, pase a la PARTE 2

Si algún miembro de su grupo familiar recibe actualmente beneficios de:	Marque la casilla para el beneficio recibido E indique el número de caso	<ul style="list-style-type: none"> • NO incluya el número de la tarjeta Quest de 16 dígitos (<i>Empieza con 5077</i>) para FoodShare • Los beneficios del subsidio para cuidado de niños WI NO es la asistencia en efectivo WI Works Cash Assistance.
FoodShare Wisconsin (n.º de 10 dígitos) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Wisconsin Works Cash Assistance (n.º de 10 dígitos) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
FDPIR (n.º de 9 dígitos) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

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.																																																																																																																																																										
<p>Miembro del grupo familiar: alguien que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco con usted.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registre cada fuente de ingresos solo una vez. • Marque la casilla para indicar con qué frecuencia recibe cada fuente de ingresos. 																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Miembros del grupo familiar</th> <th style="width:5%;">Edad (Optional)</th> <th style="width:5%;">Marque si niño de crianza</th> <th style="width:5%;">Marque Si No tiene ingresos</th> <th style="width:15%;">Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben por huelga, desempleo</th> <th style="width:5%;">Semanal</th> <th style="width:5%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:5%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:5%;">Mensual</th> <th style="width:5%;">Anual</th> <th style="width:15%;">Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal</th> <th style="width:5%;">Semanal</th> <th style="width:5%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:5%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:5%;">Mensual</th> <th style="width:5%;">Anual</th> <th style="width:15%;">Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso</th> <th style="width:5%;">Semanal</th> <th style="width:5%;">Cada 2 semanas</th> <th style="width:5%;">Dos veces al mes</th> <th style="width:5%;">Mensual</th> <th style="width:5%;">Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>\$</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Miembros del grupo familiar	Edad (Optional)	Marque si niño de crianza	Marque Si No tiene ingresos	Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben por huelga, desempleo	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Semanal	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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<p>c) N.º total de miembros del grupo familiar: <input style="width: 50px;" type="text"/></p>
Miembros del grupo familiar	Edad (Optional)	Marque si niño de crianza	Marque Si No tiene ingresos	Sueldo bruto, ingreso neto (auto-empleado), comisión, propinas, pago militar y asignaciones por vivienda fuera de la base, comp.laboral, ben por huelga, desempleo	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones, seguro social de jubilación, beneficios de VA, SSI, discapacidad, manutención infantil, asistencia a la adopción, pensión conyugal	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	Pensiones privadas, fideicomisos/herencia, rentas vitalicias, inversiones, intereses, ingreso de renta neto, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso	Semanal	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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>																																																																																																																																						

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.**

¿ES SU HIJO(S) 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 firma el formulario debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su n.º de SS O marque "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, WI Works Cash Assistance y/o FDPIR. 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 del SS (o marque "Ninguno" si no tiene 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 aprobación
A. Tamaño e ingresos del grupo familiar: Tamaño total del grupo familiar _____ *Ingreso total \$ _____ / _____ <small>(\$ monto) / (Periodo de tiempo)</small>	B. Beneficios/Crianza <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="checkbox"/> WI Works Cash Assistance <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Niño(s) de crianza	<input type="checkbox"/> Gratuita <input type="checkbox"/> Reducida <input type="checkbox"/> No necesitado	_____ **Mes efectivo de determinación _____ Mes/Año

*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

** Este formulario expira un año después del Mes efectivo de determinación.