

SITE NAME

DIRECTOR

DAYS OF OPERATION

HOURS OF OPERATION

MEALS SERVED

SITE ADDRESS

SITE PHONE

SITE EMAIL

CACFP STUDENT ENROLLMENT

CM-1500

participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives reimbursement to provide more nutritious meals for your child(ren). Federal CACFP regulations require all parents or guardians to annually review and make changes to enrollment data.

CHILD INFORMATION

Center Enroll Date / /	Ethnic Identity (Check One) ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Child's First Name 	Racial Identity (Check all that apply) ☐ White ☐ Black / African American ☐ Am. Indian / Alaskan Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander	
Child's Last Name 	Gender ☐ Male ☐ Female	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Child's Birth Date / /	Normal Days in Care Center's Days of Operation: ☒ MT ☒ TU ☒ WE ☒ TH ☒ FR ☐ SA ☐ SU	
Normal Hours in Care Center's Hours of Operation: ☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM	Meals/Snacks Child Receives Meals/Snacks Served at Center: ☒ BK ☐ AMS ☒ LUN ☒ PMS ☐ SUP ☐ EVS	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Center Enroll Date / /	Ethnic Identity (Check One) ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	
Child's First Name 	Racial Identity (Check all that apply) ☐ White ☐ Black / African American ☐ Am. Indian / Alaskan Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Child's Last Name 	Gender ☐ Male ☐ Female	
Child's Birth Date / /	Normal Days in Care Center's Days of Operation: ☒ MT ☒ TU ☒ WE ☒ TH ☒ FR ☐ SA ☐ SU	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Normal Hours in Care Center's Hours of Operation: ☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM	Meals/Snacks Child Receives Meals/Snacks Served at Center: ☒ BK ☐ AMS ☒ LUN ☒ PMS ☐ SUP ☐ EVS	
Center Enroll Date / /	Ethnic Identity (Check One) ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Child's First Name 	Racial Identity (Check all that apply) ☐ White ☐ Black / African American ☐ Am. Indian / Alaskan Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander	
Child's Last Name 	Gender ☐ Male ☐ Female	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /
Child's Birth Date / /	Normal Days in Care Center's Days of Operation: ☒ MT ☒ TU ☒ WE ☒ TH ☒ FR ☐ SA ☐ SU	
Normal Hours in Care Center's Hours of Operation: ☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM	Meals/Snacks Child Receives Meals/Snacks Served at Center: ☒ BK ☐ AMS ☒ LUN ☒ PMS ☐ SUP ☐ EVS	SITE / SPONSOR USE ONLY Withdrawal Date: / / Re-Enroll Date: / /

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

I certify the information on this form is true and correct to the best of my knowledge and that I have received access to WIC and CACFP literature within the last 12 months.

Signature

Date

Parent First Name

Parent Last Name

Cell Phone

SITE / SPONSOR USE ONLY

Non – Discrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; This institution is an equal opportunity provider.

Dear Parent/Guardian:

This letter is intended for parents or guardians of children enrolled in a child care center.

offers healthy meals to all enrolled children as part of our participation in the U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). The CACFP provides reimbursements for healthy meals and snacks served to children enrolled in child care. Please help us comply with the requirements of the CACFP by completing the attached Meal Benefit Income Eligibility Form. In addition, by filling out this form, we will be able to determine if your child(ren) qualifies for free or reduced price meals.

1. Do I need to fill out a Meal Benefit Form for each of my children in day care? You may complete and submit one CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form for all children enrolled in child care in your household **only** if the children in child care are enrolled in the same center. We cannot approve a form that is not complete, so be sure to read the instructions carefully and fill out all required information. **Return the completed form to the child care center's director.**

2. Who can get free meals without providing income information? Children in households getting Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) can get free meals. Foster children (reference question #8 for more information on foster children) and children enrolled in a Head Start Program (HSP), Early Head Start Program (EHSP), or Even Start Program (ESP) and have not entered kindergarten) are also eligible for free meals. Households with children enrolled in a HSP, EHSP or ESP can provide a certification letter from the program of the child's enrollment and do not need to complete the CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form.

3. Who can get reduced price meals? Your children can get low cost meals if your household income is within the reduced price limits on the Income Chart, sent with this application. Children in households participating in WIC may be eligible for reduced price meals.

4. May I fill out a form if someone in my household is not a U.S. citizen? Yes. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for meal benefits offered at the child care center.

5. Who should I include as members of my household? You must include everyone in your household (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) who shares income and expenses. You must include yourself and all children who live with you. You also may include foster children who live with you.

6. How do I report income information and changes in employment status? The income you report must be the total gross income listed by source for each household member received last month. If last month's income does not accurately reflect your circumstances, you may provide a projection of your monthly income. If no significant change has occurred, you may use last month's income as a basis to make this projection. If your household's income is equal to or less than the amounts indicated for your household's size on the attached Income Chart, the center will receive a higher level of reimbursement. Once properly approved for free or reduced-price benefits, whether through income or by providing a current SNAP, TANF, FDPIR case number, you will remain eligible for those benefits for 12 months. You should notify us, however, if you or someone in your household becomes unemployed and the loss of income causes your household income to be within the eligibility standards.

7. What if my income is not always the same? List the amount that you normally get. For example, if you normally get \$1000 each month, but you missed some work last month and only got \$900, put down that you get \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you only get it sometimes.

8. What if I have foster children? Foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals. Any foster child in the household is eligible for free meals regardless of income. Households may include foster children on the Meal Benefit Form, but are not required to include payments received for the foster child as income. Households wishing to apply for such benefits for foster children can provide the Texas Department of Family and Protective Services Form 2085FC, *Placement Authorization Foster Care/Residential Care*, to their child's caregiver and do not need to complete the CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form.

9. We are in the military; do we include our housing and supplemental allowances as income? If your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative and you receive the Family Subsistence Supplemental Allowance, do not include these allowances as income. Also, in regard to deployed service members, only that portion of a deployed service member's income made available by them or on their behalf to the household will be counted as income to the household. Combat Pay, including Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) is also excluded and will not be counted as income to the household. All other allowances must be included in your gross income.

10. (Pricing program only) Will the information I give be verified? Maybe. We may ask you to send written proof to verify the information you submitted on the form. **What if I disagree with the decision about the information I complete on this form?**

You can talk to Amy Pringle, either in person or by telephone at (832) 282-1351. You may ask for a hearing by calling or writing to Max Taylor, Advance Child Care, Inc.; 523 West First Ave; Corsicana, Texas 75110, (903)872-5231.

In the operation of child feeding programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex, age or disability.

If you have other questions or need help, call Amy Pringle at (832) 282-1351.

Sincerely,

**Income Eligibility Guidelines
for Determining Free or Reduced-Price Benefits
July 1, 2021 – June 30, 2022**

Children from households whose incomes are at or below the levels shown below, or who receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Adult Day Care participants whose household incomes are at or below the levels shown below, or who receive Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), or SNAP benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

**Ingresos máximos para determinar la elegibilidad
para beneficios gratuitos o a precio reducido
1 de julio de 2021 - 30 de junio de 2022**

Los niños de hogares con ingresos iguales o menores a los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), ayuda del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Las personas que participan en programas de Cuidado Diario para Adultos cuyos ingresos familiares son iguales o por debajo de los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), TANF, o beneficios de SNAP o FDPIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
1	\$23,828	\$1,986	\$993	\$917	\$459
2	\$32,227	\$2,686	\$1,343	\$1,240	\$620
3	\$40,626	\$3,386	\$1,693	\$1,563	\$782
4	\$49,025	\$4,086	\$2,043	\$1,886	\$943
5	\$57,424	\$4,786	\$2,393	\$2,209	\$1,105
6	\$65,823	\$5,486	\$2,743	\$2,532	\$1,266
7	\$74,222	\$6,186	\$3,093	\$2,855	\$1,428
8	\$82,621	\$6,886	\$3,443	\$3,187	\$1,589
For each additional family member add:	\$8,399	\$700	\$350	\$324	\$162



Center Name _____

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)**Part 1. All Household Members****Name of Enrolled Child(ren):** _____**Names of all household members**
(First, Middle Initial, Last)CHECK IF A FOSTER CHILD (THE
LEGAL RESPONSIBILITY OF A
WELFARE AGENCY OR COURT)
* IF ALL CHILDREN LISTED BELOW
ARE FOSTER CHILDREN, SKIP TO
PART 5 TO SIGN THIS FORM.CHECK
IF NO INCOME☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐**Part 2. Benefits:** If any member of your household receives SNAP, TANF, or FDPIR, provide the name and eligibility number for the person who receives benefits. **If no one receives these benefits, skip to part 3.**

NAME: _____ ELIGIBILITY NUMBER: _____

Part 3. (Applies only to parents/guardians with children enrolled in a day care home) If any member of your household receives benefits listed on the enclosed *List of Eligible Federal/State Funded Programs (H1660)*, provide the name of the program and eligibility number: NAME _____ ELIGIBILITY NUMBER: _____Check here if no eligibility number ☐**Part 4. Total Household Gross Income—You must tell us how much and how often**

A. Name (List only household members with income) (Example) Jane Smith	B. Gross income and how often it was received Note: Self-employed report income after expenses in box 1			
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	4. All Other Income
	\$200/weekly	\$150/twice a month	\$100/monthly	\$200/bi-monthly
	\$____/____	\$____/____	\$____/____	\$____/____
	\$____/____	\$____/____	\$____/____	\$____/____
	\$____/____	\$____/____	\$____/____	\$____/____
	\$____/____	\$____/____	\$____/____	\$____/____
	\$____/____	\$____/____	\$____/____	\$____/____

Part 5. Signature and Last Four Digits of Social Security Number (Adult must sign)An adult household member must sign this form. **If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box.** (See Privacy Act Statement on the next page.)*I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the center or day care home will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted.*

Sign here: _____ Print name: _____

Date: _____

Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Last four digits of Social Security Number: * * * - * * - _____ ☐ I do not have a Social Security Number



CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Part 6. Participant's ethnic and racial identities (optional)

Mark one ethnic identity:

- ☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino

Mark one or more racial identities:

- ☐ Asian
☐ White
☐ Black or African American
☐ American Indian or Alaska Native
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Part 7. Sharing Information With Other Programs: OPTIONAL

The above information may be disclosed for the purpose of enrolling children in the Children's Health Insurance Program (CHIP). Parents/guardians are not required to consent to such disclosure and electing not to allow disclosure will not adversely affect a child's eligibility.

- ☐ I do elect to allow my household information to be disclosed.
☐ I do not elect to allow my household information to be disclosed.

Don't fill out this part. This is for official use only.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: ☐ Week, ☐ Every 2 Weeks, ☐ Twice A Month, ☐ Month, ☐ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Tier I ____ Tier II ____

Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Privacy Act Statement:

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve the participant for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the application. The Social Security Number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) eligibility number for the participant or other (FDPIR) identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if the participant is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the Program.

Non-discrimination Statement:

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

INSTRUCTIONS FOR CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (CHILD CARE)

Follow these instructions, if your household gets SNAP, TANF or FDPIR:

Part 1: List all enrolled children and household members.

Part 2: List the eligibility number for any household members (including adults) receiving SNAP or TANF or FDPIR benefits. The SNAP or TANF number must be the 8 or 9 digit EDG# assigned by HHSC (see image).

Part 3: Skip this part.

Part 4: Skip this part.

Part 5: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are **not** necessary.

Part 6: Answer this question if you choose.

Part 7: Answer this question if you choose.

Form TF0001
October 2006

TEXAS
Health and Human
Services Commission

Case Number: **X**

Date:

Notice of Case Action

Medicaid Programs
Food Stamp Program

Contact Name: Generic Worker Taa001
Contact Phone: 214-1234

Period Action Benefit Who's Included

EDG =
Eligibility Determination Group #
8-9 digit number

Eligibility Group Number: 12345678

If you are applying on behalf of a FOSTER CHILD, follow these instructions:

If **all** children you are applying for are foster children, or if you are only applying for benefits for the foster child:

Part 1: List all foster children. Check the box indicating that the child is a foster child.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Skip this part.

Part 5: Sign the form. A Social Security Number is **not** necessary.

Part 6: Answer this question if you choose.

Part 7: Answer this question if you choose.

If some of the children in the household are foster children.

Part 1: List all enrolled children and household members. For any people, including children, with no income, you must check the "No Income Box." Check the box if the child is a foster child.

Part 2: If the household does not have an eligibility number, skip this part.

Part 3: Applies only to parents/guardians of children in Tier II Day Care Homes. Sponsors must provide the *List of Eligible Federal/State Funded Programs* (H1660), with this form to households with children enrolled in Tier II Day Care Homes. Parents/Guardians can enter the program name and number as applicable.

Part 4: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Column A – Name: List only the first and last name of **each** person living in your household who share income and expenses, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) with income. Include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if you need to.

Column B – Gross Income and How Often it was Received: For each household member, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received – weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Box 1: List the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and **other deductions**. **You should be able to find it on your stub or your boss can tell you.**

Box 2: List the amount each person got from the month from welfare, child support, alimony.

Box 3: List retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, disability benefits.

Box 4: List ALL OTHER INCOME SOURCES including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. For ONLY the self-employed, report income after expenses in Box 1. Box 4 is for your business, farm or rental property. Do not include income from SNAP, TANF, FDPIR, WIC or Federal education benefits. If you are in the Military Housing Privatization Initiative or get combat pay, do not include this housing allowance as income.

Part 5: Adult household member must sign the form and list the last four digits of the Social Security Number or mark the box if s/he doesn't have one.

Part 6: Answer this question if you choose.

Part 7: Answer this question if you choose.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households, follow these instructions:

Part 1: List all enrolled children and household members. For any people, including children, with no income, you must check the "No Income Box."

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Column A – Name: List only the first and last name of each person living in your household who share income and expenses, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) with income. Include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if you need to.

Column B – Gross Income and How Often it was Received: For each household member, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received – weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Box 1: List the gross income, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. You should be able to find it on your stub or your boss can tell you.

Box 2: List the amount each person got from the month from welfare, child support, alimony.

Box 3: List retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, disability benefits.

Box 4: List ALL OTHER INCOME SOURCES including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. For ONLY the self-employed, report income after expenses in Box 1. Box 4 is for your business, farm or rental property. Do not include income from SNAP, FDPIR, WIC or Federal education benefits. If you are in the Military Housing Privatization Initiative or get combat pay, do not include this housing allowance as income.

Part 5: Adult household member must sign the form and list the last four digits of the Social Security Number or mark the box if s/he doesn't have one.

Part 6: Answer this question if you choose.

Part 7: Answer this question if you choose.

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.



Building for the Future

This child care receives Federal cash assistance to serve healthy meals to your children. Good nutrition today means a stronger tomorrow!

Meals served here must meet nutrition requirements established by USDA's Child and Adult Care Food Program

Questions? Concerns?

Call USDA at
1-866-873-2263

Food and Nutrition at
1-800-TELL-TDA
(835-5832)

OR

Your child care at

Contact Information

Address:

Phone Number:

Email Address:

Fraud Hotline: 1-866-5-FRAUD or 1-866-537-2834
P.O. Box 12847 Austin TX 78711
www.SquareMeals.org
USDA is an equal opportunity provider and employer.



Food and Nutrition Division | Child and Adult Care Food Program



TEXAS DEPARTMENT OF AGRICULTURE
COMMISSIONER SID MILLER

This product was funded by USDA. This institution is an equal opportunity provider.



Updated 12/2018

Join Texas WIC

We're here for you

“Thanks to WIC,
I now have the tools
I need to make
sure my family
stays on the path to
a healthy lifestyle.”

—Roxie, WIC Client

As a WIC Client, you'll get:

- Delicious food
- One-on-one counseling with nutritionists
- Easy recipes
- Nutrition classes
- Breastfeeding support
- Health and immunization screenings
- Cooking demonstrations
- Personalized support
- Children's activities

Are you eligible?

Eight million women, infants, and children get WIC benefits. WIC is for pregnant women, new parents, infants, and children under five. If you are on Medicaid, TANF, or SNAP you already qualify.

Texas WIC Income Guidelines

Number of people in the home*	Monthly Income	Annual Income
2	\$2,686	\$32,227
3	\$3,386	\$40,626
4	\$4,086	\$49,025
5	\$4,786	\$57,424
6	\$5,486	\$65,823

Effective May 1, 2021

* A pregnant woman's household is increased by the number of infants she is expecting. If you have any income questions, call 1-800-942-3678.

Start now. Call 1-800-942-3678 or visit [TexasWIC.org](https://www.texaswic.org)



TEXAS
Health and Human
Services



This institution is an equal opportunity provider.

© 2020 All rights reserved. Stock no. 13-06-15123 Rev. 5/21

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES CACFP

CM-1500

Participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y recibe un reembolso para proporcionar comidas más nutritivas para sus niños. Las regulaciones federales de CACFP requieren que todos los padres o tutores revisen anualmente y realicen cambios en los datos de inscripción.

INFORMACIÓN DE NIÑOS		USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR	
Fecha de Inscripción Primer Nombre del Niño(a) Apellido del Niño(a) Fecha de Nacimiento Días Normales en Cuidado Horas Normales de Cuidado Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe	Identidad Étnica (Marque uno) ☐ Hispano(a) o Latino ☐ No Hispano(a) o Latino Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda) ☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ India Americana/Alaska ☐ Asiática ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico Gender ☐ Femenino ☐ Masculino	USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR Fecha de Retiro: Fecha de Reinscripción:	
Fecha de Inscripción Primer Nombre del Niño(a) Apellido del Niño(a) Fecha de Nacimiento Días Normales en Cuidado Horas Normales de Cuidado Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe	Identidad Étnica (Marque uno) ☐ Hispano(a) o Latino ☐ No Hispano(a) o Latino Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda) ☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ India Americana/Alaska ☐ Asiática ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico Gender ☐ Femenino ☐ Masculino	USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR Fecha de Retiro: Fecha de Reinscripción:	
Fecha de Inscripción Primer Nombre del Niño(a) Apellido del Niño(a) Fecha de Nacimiento Días Normales en Cuidado Horas Normales de Cuidado Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe	Identidad Étnica (Marque uno) ☐ Hispano(a) o Latino ☐ No Hispano(a) o Latino Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda) ☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ India Americana/Alaska ☐ Asiática ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico Gender ☐ Femenino ☐ Masculino	USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR Fecha de Retiro: Fecha de Reinscripción:	

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR		USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR	
Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que he recibido acceso a la literatura de WIC y CACFP en los últimos 12 meses Signature _____ Date _____	Nombre del Padre Apellido del Padre Teléfono Celular	USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR	

Declaración de No Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta está dirigida a todos los padres o tutores de niños que están inscritos en centros de cuidado infantil ofrece comidas saludables para todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés).

El CACFP ofrece reembolsos por comidas y meriendas saludables que se les sirven a los niños inscritos en centros de cuidado de niños. Por favor, ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP llenando el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas que está adjunto a esta carta. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si su hijo(s) califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido.

1. ¿Debo llenar un Formulario de Calificación para el Beneficio de Comidas por cada hijo que esté en un centro de cuidado diario? Podría ser que tenga que completar y presentar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP para todos los niños de su hogar que están inscritos para recibir cuidado diario, pero sólo si están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, por eso, debe asegurarse de leer las instrucciones con cuidado y llenar toda la información que se solicita. **Devuelva el formulario ya llenado a centros de cuidado infantil.**

2. ¿Quién puede recibir comidas gratis sin tener que entregar información sobre ingresos? Pueden recibir comidas gratis los niños en hogares inscritos en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (anteriormente "Estampillas para comida"), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR). Los niños en familias de crianza (consulte la pregunta N° 8 si desea más información sobre niños de crianza) y los niños inscritos en el Programa "Head Start" (HSP), el Programa "Early Head Start" (EHSP), o el Programa Even Start ESP) y que aún no han comenzado el jardín infantil, también califican para recibir comidas gratis. Los hogares que tienen niños inscritos en un HSP, EHSP, o ESP, pueden entregar una carta de certificación del programa de que el niño está inscrito, y así no necesitan llenar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

3. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Los niños pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precios reducidos de la Tabla de Ingresos que se envió junto con esta solicitud. Los niños en hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas a precio reducido.

4. ¿Puedo llenar el formulario si en mi hogar hay una persona que no es ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para el beneficio de comidas del centro.

5. ¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir a todos los miembros de su hogar (es decir, los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) que comparten los ingresos y los gastos. Debe incluirse usted mismo y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir a los niños de crianza que viven con usted.

6. ¿Cómo entrego la información sobre mis ingresos y notifico los cambios en mi situación laboral? Su informe de ingresos debe presentar los ingresos totales brutos recibidos el último mes por cada miembro del hogar indicando la fuente. Si su informe de ingresos del último mes no refleja con exactitud su situación, puede presentar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no ha tenido cambios importantes, puede usar los ingresos del mes pasado como base para preparar esa proyección. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los montos indicados para el tamaño de su hogar en la Tabla de Ingresos adjunta, el centro recibirá un mayor nivel de reembolsos. Una vez que tenga la aprobación para recibir beneficios gratis o a precios reducidos, ya sea mediante ingresos o presentando un número de caso vigente del SNAP, TANF, o FDPIR, usted seguirá calificando para recibir esos beneficios por 12 meses. Sin embargo, deberá notificarnos si usted o alguien de su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su hogar queden dentro de los parámetros para calificar.

7. ¿Qué puedo hacer si mis ingresos no siempre son iguales? Indique el monto que percibe normalmente. Por ejemplo, si sus ingresos mensuales generalmente son de \$1000, pero en el último mes no trabajó tanto y sólo recibió \$900, indique que recibe \$1000 mensuales. Si generalmente trabaja horas extras, debe incluir eso también, pero no lo incluya si es solamente a veces.

8. ¿Qué hago si tengo niños de crianza? Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal de crianza califican para recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza del hogar califica para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar. Los hogares pueden incluir a niños de crianza en el Formulario de Beneficios de Comidas, pero no están obligados a incluir los pagos recibidos para el niño de crianza como ingresos. Los hogares que deseen solicitar esos beneficios para los niños de crianza pueden entregar al cuidador del niño el Formulario 2085FC *Autorización de Colocación en Crianza / Cuidado Residencial* del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas, y así no tendrán que llenar el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

9. Pertenece al ejército, ¿debemos incluir nuestras pensiones de vivienda y suplementaria como ingresos? Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas del Ejército, y además recibe Un Beneficio Suplementario de Subsistencia Familiar, no incluya esas pensiones como ingresos. Además, con relación a miembros del ejército en zonas de combate, sólo se contará como ingresos del hogar la parte de los ingresos del miembro del ejército que hayan sido designados por él o a nombre suyo para que vayan al hogar. Los sueldos por combate, incluyendo el Pago de Incentivos de Extensión de Servicio (DEIP) también quedan excluidos y no se contarán como ingresos del hogar. Todas las demás pensiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

10. (Únicamente para el programa de precios) ¿Se verificará la información que yo presente? Quizás. Quizás le pidamos que envíe prueba escrita para verificar la información que presentó en el formulario. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión que se tome sobre la información que yo coloque en este formulario?** Puede comunicarse con Amy Pringle, ya sea en persona o mediante el siguiente número de teléfono: (832) 282-1351. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: Max Taylor, Advance Child Care, Inc.; 523 West First Ave; Corsicana, Texas 75110, (903)872-5231.

En el manejo de los programas de alimentación infantil, no se discriminará a personas según su raza, color de la piel, nacionalidad de origen, género, edad, o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta, o necesita ayuda, llame Amy Pringle al (832) 282-1351.

Atentamente,

**Income Eligibility Guidelines
for Determining Free or Reduced-Price Benefits
July 1, 2021 – June 30, 2022**

**Ingresos máximos para determinar la elegibilidad
para beneficios gratuitos o a precio reducido
1 de julio de 2021 - 30 de junio de 2022**

Children from households whose incomes are at or below the levels shown below, or who receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Adult Day Care participants whose household incomes are at or below the levels shown below, or who receive Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), or SNAP benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Los niños de hogares con ingresos iguales o menores a los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), ayuda del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Las personas que participan en programas de Cuidado Diario para Adultos cuyos ingresos familiares son iguales o por debajo de los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), TANF, o beneficios de SNAP o FDPIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
1	\$23,828	\$1,986	\$993	\$917	\$459
2	\$32,227	\$2,686	\$1,343	\$1,240	\$620
3	\$40,626	\$3,386	\$1,693	\$1,563	\$782
4	\$49,025	\$4,086	\$2,043	\$1,886	\$943
5	\$57,424	\$4,786	\$2,393	\$2,209	\$1,105
6	\$65,823	\$5,486	\$2,743	\$2,532	\$1,266
7	\$74,222	\$6,186	\$3,093	\$2,855	\$1,428
8	\$82,621	\$6,886	\$3,443	\$3,187	\$1,589
For each additional family member add:	\$8,399	\$700	\$350	\$324	\$162



Nombre del centro

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):

Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**

NOMBRE: _____

NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad:

NOMBRE: _____

NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad ☐

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Pon ga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos)	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
(Ejemplo) Jane Smith	\$200/semanales	\$150/dos veces por mes	\$100/mensuales	\$200/cada 2 meses
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ ☐ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: _____ Anote una o más identidades raciales:

- ☐ hispano o latino
☐ No hispano ni latino

- ☐ Asiático ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
☐ Blanco ☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico
☐ Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

☐ Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

☐ No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: ☐ Semana, ☐ Cada 2 semanas, ☐ Dos veces por mes, ☐ Mes, ☐ Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ____ Reducida ____ Negada ____ Nivel I ____ Nivel II ____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para niños)

Siga estas instrucciones si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos.

Parte 2: Indique el número de elegibilidad de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciba beneficios SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. El número SNAP o TANF debe ser el #EDG de 9 o 8 dígitos que es asignado por HHSC.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. Los cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social no son necesarios.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Form TF0001
October 2006

TEXAS
Health and Human
Services Commission

Case Number:

Date: _____

Notice of Case Action

Medicaid Programs
Food Stamp Program

Contact Name: Generic Worker Taa001

Contact Phone: 254-111

Period: _____ Action: _____ Benefit: _____ Who's Included: _____

EDG =
Eligibility Determination Group #
8-9 digit number

Eligibility Group Number: 123456789

Si está presentando una solicitud en nombre de un NIÑO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños para los que presenta la solicitud son niños de crianza, o si solamente está solicitando beneficios para el niño de crianza:

Parte 1: Indique todos los niños de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. El Número de Seguro Social **no** es necesario.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Si algunos de los niños del hogar son niños de crianza.

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de elegibilidad favor de omitir esta parte.

Parte 3: Se aplica sólo a los padres/tutores de niños en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los patrocinadores deben entregar la *Lista de Programas con Financiación Federal / Estatal que Califican* (H1660), junto con este formulario a los hogares que tienen niños inscritos en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los padres/tutores pueden indicar el nombre del programa y el número según corresponda.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y **otras deducciones**. **Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.**

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, TANF, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos".

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Declaración del Acta de Privacidad Esto explica cómo utilizaremos la información que nos da.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente.



Construyendo Para El Futuro

Este guardería infantil recibe asistencia monetaria del gobierno federal para server comidas nutritivas a sus niños. ¡Buena nutrición hoy significa un mañana más saludable!

Comidas servidas aquí deben de seguir los requisitos nutricionales establecidos por el programa "Child and Adult Care Food Program" del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés).

¿Preguntas? ¿Inquietudes?

Llame gratuitamente a USDA al
1-866-873-2263

Alimentación y Nutrición al
1-800-TELL-TDA
(835-5832)

OR

Centro de cuidado de niños de su hijo al

Información del contacto

Dirección:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Línea para reportar un fraude: 1-866-5-FRAUD or 1-866-537-2834
P.O. Box 12847 Austin TX 78711
www.SquareMeals.org

USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.



TEXAS DEPARTMENT OF AGRICULTURE
COMMISSIONER SID MILLER

Food and Nutrition Division | Child and Adult Care Food Program Este producto fue financiado por el USDA. Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.



Actualizado 12/2018

Ven a WIC de Texas

Estamos aquí para servirte

“Gracias a WIC, ahora tengo las herramientas que necesito para asegurar que mi familia siga el camino hacia un estilo de vida saludable.”

—Roxie, cliente de WIC

Como cliente de WIC, recibirás:

- Alimentos deliciosos
- Asesoramiento individualizado con nutricionistas
- Recetas sencillas de preparar
- Clases sobre nutrición
- Apoyo para la lactancia
- Evaluaciones médicas y sobre las vacunas
- Demostraciones de cocina
- Apoyo personalizado
- Actividades para niños

¿Calificas?

Ocho millones de mujeres, bebés y niños reciben beneficios de WIC. El Programa WIC va dirigido a mujeres embarazadas, nuevos padres, bebés y niños menores de cinco años. Si ya recibes Medicaid, TANF o SNAP, es posible que califiques.

Requisitos de ingresos de WIC de Texas

Número de personas en el hogar*	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
2	\$2,686	\$32,227
3	\$3,386	\$40,626
4	\$4,086	\$49,025
5	\$4,786	\$57,424
6	\$5,486	\$65,823

Vigente a partir del 1 de mayo de 2021

* El número de personas en el hogar de una mujer embarazada aumenta de acuerdo con el número de bebés que espera. Si tienes alguna pregunta relacionada con los ingresos, llama al 1-800-942-3678.

Empieza hoy mismo. Llama al 1-800-942-3678 o visita [TexasWIC.org](https://www.texaswic.org)



TEXAS
Health and Human
Services



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 5/21