

# Prototipo de Formulario de elegibilidad de ingresos de Delaware 2024 - 2025

Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo (no use lápiz).

## PASO 1 Incluya a TODOS los miembros del hogar: bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive (si necesita más espacios, adjunte otra hoja de papel).

Definición de **Miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y con quien comparta ingresos y gastos, aunque no tengan parentesco."  
  
Los niños en hogares de acogida que se definen como sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para comidas gratuitas. Más información en "Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido".

Nombre del niño	Inic	Apellido del niño	F de nac.	¿Inscrito? Sí No	Acogida Sin hogar, migrante, fugitivo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## PASO 2 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Hora de llegada:</b>	<b>a.m./p.m.</b>	<b>Hora de salida:</b>	<b>a.m./p.m.</b>	<b>Turno: Sí/No</b>				
<b>Días regulares de la semana que los participantes están bajo cuidado (marque lo que corresponda):</b>			<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mié</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sáb</b>	<b>Dom</b>
<b>Comidas tomadas en el Proveedor/Centro: (marque lo que corresponda. CACFP ofrece reembolso hasta para 2 comidas aprobadas y un refrigerio por día/participante):</b>									
<b>Desayuno</b>	<b>Refrigerio a.m.</b>	<b>Almuerzo</b>	<b>Refrigerio p.m.</b>	<b>Cena</b>	<b>Refrigerio noche</b>				

## PASO 3a SOLO PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS: ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en alguno de los programas siguientes: SNAP o TANF?

**Si responde NO** > Vaya al PASO 4. **Si responde SÍ** > Escriba n.º de caso acá, luego vaya al PASO 5 (NO COMPLETE EL PASO 4) **Número de caso:** \_\_\_\_\_

## PASO 3b SOLO PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE CUIDADO DE ADULTOS Nombre del Participante Adulto:

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) recibe actualmente uno o más de los programas de asistencia siguientes: SNAP, TANF, SSI, o Medicaid?  
Encierre uno: Sí / No  
**Si responde NO** > Vaya al PASO 4. **Si responde SÍ** > Escriba n.º de caso acá, luego vaya al PASO 5 (NO COMPLETE EL PASO 4) **Número de caso:** \_\_\_\_\_

## PASO 4 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar. (Salte este paso si respondió "Sí" y escribió el n.º de caso en el PASO 3a o 3b)

¿No sabe qué incluir acá?

Lea "Fuentes de ingreso" en las instrucciones.

La tabla "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará con la sección de Ingresos del niño.

La tabla "Fuentes de ingreso para adultos" le ayudará con la sección de Todos los miembros del hogar adultos.

**A. Ingresos del niño**  
Algunas veces los niños de un hogar ganan o reciben ingresos. Incluya el TOTAL de ingresos recibidos por todos los miembros del hogar enumerados en el PASO 1 acá.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)**  
Incluya a todos los miembros del hogar no consignados en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar listado, si reciben ingresos, informe los ingresos brutos totales (antes de impuestos) por cada fuente en dólares enteros (no incluya centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja un campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar.

¿Frecuencia?

Ingreso del niño	Semana	Bisemanal	2x mes	Mensual
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/Manutención/ Alimentos	¿Frecuencia?				Pensión/ Jubilación/ Otros	¿Frecuencia?			
		Semanal	Bisemanal	2x mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x mes	Mensual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Cuatro últimos dígitos del n.º de Seguro Social (SSN) de cabeza de familia u otro miembro adulto

Marque si no tiene SSN

**PASO 5** Un miembro adulto del hogar debe firmar y fechar este formulario antes de que pueda ser aprobado.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportan todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del CACFP pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (si está disponible)	Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de día	Correo electrónico (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Firma del adulto		Fecha de hoy			

**OPCIONAL** Identidades raciales y étnicas

Estamos obligados a solicitar información sobre su raza y etnia. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a su derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Origen étnico (marque uno):  Hispano o latino  No hispano o latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  Negro o afroamericano  Asiático  Blanco

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para ver quién reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Sólo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a entregar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplen las normas del programa. Asegúrese de facilitar las cuatro últimas cifras del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud. Si el adulto no lo tiene, marque "Marque si no tiene número de la Seguridad Social". No es necesario indicar el número de la Seguridad Social en las solicitudes para niños en acogida. No es necesario indicar el número de la Seguridad Social en las solicitudes de niños que vivan en hogares beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPPIR). Algunos niños tienen derecho a comidas gratuitas sin necesidad de presentar una solicitud. Por favor, póngase en contacto con su escuela para obtener comidas gratis para un niño de crianza, y los niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA antes del:

- correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o bien
- fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- correo electrónico:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

**No rellenar** Sólo para uso del PATROCINADOR

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingresos totales	¿Frecuencia?	Tamaño del hogar	<b>Elegibilidad categórica (En caso afirmativo, marque una opción):</b> <input type="checkbox"/> Hogar SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Hogar TANF <input type="checkbox"/> Head-Start <input type="checkbox"/> ECAP <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Sin techo/Migrantes/Fugitivos <input type="checkbox"/> SSI (solo participantes adultos) <input type="checkbox"/> Medicaid (sólo participantes adultos)	<b>FECHA DE RETIRADA:</b> _____	Elegibilidad <table border="1"> <tr> <td>Gratis</td> <td>Reducido</td> <td>Pagado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Gratis	Reducido	Pagado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gratis					Reducido	Pagado					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Semanal</td> <td>Bisemanal</td> <td>2x Mes</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual									
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
Firma del funcionario decisor	Fecha											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											