



DEPARTMENT OF EDUCATION


Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
<http://education.delaware.gov>

Mark A. Holodick, Ed.D.
Secretary of Education
(302) 735-4000
(302) 739-4654 - fax

September 6, 2024

MEMORANDUM

TO: Child and Adult Care Food Program (CACFP) Sponsors

FROM: Aimee F. Beam, MS, RD 
Director, Nutrition Programs

RE: 2024 Operational Memo # 14 – FY25 Income Eligibility Forms

To ensure compliance with CACFP Federal Regulations, the Delaware Department of Education (DDOE) has updated the Income Eligibility Form (IEF), Instructions, and Household Information Letters. All forms are attached to this memo.

- DE Prototype IEF FY25: no major changes have been made since last year; provided in English and Spanish
- DE Prototype IEF Instructions: These should be distributed to parents/guardians/adult participants along with the IEF. The instructions go through each part of the IEF and explain in detail how to fill it out. These are provided in English and Spanish.
- Non-pricing IEF Household Information Letter FY25: This should be distributed to participants along with the IEF and instructions if you are a non-pricing program.
- Pricing IEF Household Information Letter FY25: This should be distributed to participants along with the IEF and instructions if you are a pricing program (charging for meals).

These forms should be used immediately, or at the next time you complete an annual collection of IEFs. As part of reapplication for FY25, there is a detailed training on these forms, including what is considered a complete form and how to properly determine eligibility.

Please contact our office with any questions at 302-857-3356.

Attachments: DE Prototype IEF FY25 (English and Spanish)
DE Prototype IEF Instructions (English and Spanish)
Non-pricing IEF Household Information Letter FY25 (English and Spanish)
Pricing IEF Household Information Letter FY25 (English and Spanish)

cc: Nutrition Team

2024 - 2025 Delaware Prototype Income Eligibility Form

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

STEP 1

List ALL Household Members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."
 Children in Foster care and children who meet the definition of Homeless, Migrant or Runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	DOB	Enrolled? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Foster Child <input type="checkbox"/>	Homeless, Migrant, Runaway <input type="checkbox"/>

Check all that apply

STEP 2

ENROLLMENT INFORMATION

Start Date:	Arrival Time:	AM/PM	Departure Time:	AM/PM	Shift Work: Yes/No
Normal days of week Participant(s) is/are in care (circle all that apply):	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
Meals eaten at Providers/Center: (Circle all that apply. CACFP provides reimbursement for up to 2 approved meals and one snack per day/participant):					Sat
Breakfast	AM Snack	Lunch	PM Snack	Supper	Evening Snack

STEP 3a

CHILD CARE PROGRAM PARTICIPANTS ONLY: Do any Household Members (including you) currently participate in any of the following assistance programs: SNAP or TANF?

If NO > Go to STEP 4. If YES > Write a case number here, then go to STEP 5 (DO NOT COMPLETE STEP 4) Case Number: _____

STEP 3b

ADULT DAY CARE PROGRAM PARTICIPANTS ONLY: Name of Adult Participant: _____

Do any Household Members (including you) currently receive one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, SSI, or Medicaid? Circle one: Yes / No

If NO > Go to STEP 4. If YES > Write a case number here, then go to STEP 5 (DO NOT COMPLETE STEP 4). Case Number: _____

STEP 4

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered "Yes" and provided a case number in STEP 3a or 3b)

A. Child Income
 Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all Household Members listed in STEP 1 here.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work		Public Assistance/Child Support/Alimony		Pensions/Retirement/All Other Income	
	Weekly	2x Monthly	Weekly	2x Monthly	Weekly	2x Monthly
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

B. All Adult Household Members (including yourself)
 List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Child Income		Pensions/Retirement/All Other Income	
	Weekly	2x Monthly	Weekly	2x Monthly
	\$		\$	
	\$		\$	
	\$		\$	
	\$		\$	
	\$		\$	

Total Household Members (Children and Adults) _____ **Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member** _____ **Check if no SSN**

STEP 5 An adult household member must sign and date this form before it can be approved.

"I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that CACFP officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."

Street Address (if available) _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____ Daytime Phone and Email (optional) _____

Printed name of adult signing the form _____ Signature of adult _____ Today's date _____

OPTIONAL Racial and Ethnic Identities

We are required to ask for information about your race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (check one or more): American Indian or Alaskan Native Native Hawaiian or Other Pacific Islander Black or African American Asian White

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to see who qualifies for free or reduced price meals. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met.

Please be sure to provide the last four numbers of the Social Security number of the adult household member who signs the application. If the adult does not have one, Check if no Social Security Number. Applications for a foster child do not need to list a Social Security number. Applications for children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) do not need to list a Social Security number.

Some children qualify for free meals without an application. Please contact your school to get free meals for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

Do not fill out For SPONSOR Use Only

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

Total Income _____

How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

Household Size _____

Determining Official's Signature _____

Date _____

Categorical Eligibility (If Yes, Check One):

SNAP (Food Stamp) Household Head-Start ECAP

TANF Household Homeless/Migrant/Runaway

Foster SSI (adult participant only)

Medicaid (adult participant only)

DATE WITHDRAWN: _____

Eligibility	
Free	Paid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 lugativos 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? Si/No	Acogida	Sin hogar, migrante, lugativo

Marque la que corresponda

PASO 2 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

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

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: Si / 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 "Si" y escribió el n.º de caso en el PASO 3a o 3b)

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.

¿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.

Ingresos del niño	¿Frecuencia?		Ingreso del niño	¿Frecuencia?		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
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<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

X X X X

X X X X

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."

Dirección (si está disponible) Apto. Ciudad Estado Código postal Teléfono de día Correo electrónico (opcional)

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. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos 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 viven 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 (FDPIR). 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.

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.

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

¿Frecuencia?
 Semanal Bimensual 2x Mes Mensual

Tamaño del hogar

Ingresos totales

Elegibilidad categorica (En caso afirmativo, marque una opción):
 Hogar SNAP (cupones de alimentos)
 Hogar TANF Head-Start ECAP
 Acogida Sin techo/Migrantes/Fugitivos
 SSI (solo participantes adultos)
 Medicaid (solo participantes adultos)

FECHA DE RETIRADA: _____

Elegibilidad

Creditos	Reducido	Pagado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del funcionario decisor

Fecha

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:

1. 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
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o correo electrónico: Program.Intake@usda.gov
- 3.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

HOW TO APPLY FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

Please use these instructions to help you fill out the application for free or reduced-price meals. You only need to submit one application per household, even if you have more than one participant enrolled at this center. The application must be filled out completely to certify your children for free or reduced-price meals. Please follow these instructions in order! Each step of the instructions is the same as the steps on your application. If at any time you are not sure what to do next, please contact [sponsor contact here; phone and email preferred].

PLEASE USE A PEN (NOT A PENCIL) WHEN FILLING OUT THE APPLICATION AND DO YOUR BEST TO PRINT CLEARLY.

STEP 1: LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS WHO ARE INFANTS, CHILDREN, AND STUDENTS UP TO AND INCLUDING GRADE 12 INCLUDING ANY WHO ARE NOT ENROLLED AT THE CENTER			
<p>Tell us how many infants, children, and school students live in your household. They do NOT have to be related to you to be a part of your household.</p> <p>Who should I list here? When filling out this section, please include ALL members in your household who are:</p> <ul style="list-style-type: none"> Children aged 18 or under AND are supported with the household's income; and/or In your care under a foster arrangement, or qualify as homeless, migrant, or runaway youth. 			
<p>A) List each child's name. Print each child's name. Use one line of the application for each child. When printing names, write one letter in each box. Stop if you run out of space. If there are more children present than lines on the application, attach a second piece of paper with all required information for the additional children. Include each child's date of birth (DOB) in the DOB column.</p>	<p>B) Is the child enrolled at [name of center here]? Mark 'Yes' or 'No' under the column titled "Enrolled?" to tell us which children attend [name of center here].</p>	<p>C) Do you have any foster children? If any children listed are foster children, mark the "Foster Child" box next to the child's name. If you are ONLY applying for foster children, after finishing STEP 1 and 2, go to STEP 5. Foster children who live with you may count as members of your household and should be listed on your application. If you are applying for both foster and non-foster children, complete step 2 and 3.</p>	<p>D) Are any children homeless, migrant, or runaway? If you believe any child listed in this section meets this description, mark the "Homeless, Migrant, Runaway" box next to the child's name and <u>complete all steps of the application</u>. Migrant means participating in the Migrant Education Program (MEP).</p>
STEP 2: ENROLLMENT INFORMATION			
<p>This section is to be completed for all children attending the childcare center/home or for the adult participant attending an adult day care center. Complete the enrollment information including original start date at the center/home, normal arrival and departure times, normal days of the week the participant is in attendance, and normal meals eaten at the center. If the parent/guardian works shiftwork, please indicate that.</p>			
STEP 3a: CHILD CARE PARTICIPANTS ONLY: DO ANY HOUSEHOLD MEMBERS CURRENTLY PARTICIPATE IN SNAP OR TANF?			
<p>If anyone in your household (including you) currently participates in one or more of the assistance programs listed below, your children are eligible for free meals:</p> <ul style="list-style-type: none"> Delaware Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Delaware Temporary Assistance for Needy Families (TANF) <p>Write a case number for SNAP or TANF and then go to STEP 5. Do not write an EBT card number here. You only need to provide one case number. If you participate in one of these programs and do not know your case number, contact your case manager.</p> <p>If no one in your household participates in any of the above listed programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leave STEP 3 blank and go to STEP 4. 			

STEP 3b: FOR ADULT DAY CARE PARTICIPANTS ONLY: DO ANY HOUSEHOLD MEMBERS CURRENTLY RECEIVE SNAP, TANF, SSI, or Medicaid benefits? Please also include the name of the adult participant here.

A) If no one in your household participates in any of the above listed programs:
 the above listed programs:
 • Leave STEP 3 blank and go to STEP 4.

B) If anyone in your household participates in any of the above listed programs:
 • Write a case number for SNAP, TANF, SSI, or Medicaid and then go to STEP 5. Do not write an EBT card number here. You only need to provide one case number. If you participate in one of these programs and do not know your case number, contact your case manager.

STEP 4: REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS

How do I report my income?

- Use the charts titled “Sources of Income for Adults” and “Sources of Income for Children,” to determine if your household has income to report.
- Report all amounts in GROSS INCOME ONLY. Report all income in whole dollars. Do not include cents.
 - Gross income is the total income received before taxes.
 - Many people think of income as the amount they “take home” and not the total, “gross” amount. Make sure that the income you report on this application has NOT been reduced to pay for taxes, insurance premiums, or any other amounts taken from your pay.
- Write a “0” in any fields where there is no income to report. Any income fields left empty or blank will also be counted as a zero. If you write “0” or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. If local officials suspect that your household income was reported incorrectly, your application will be investigated.
- Mark how often each type of income is received using the check boxes to the right of each field.

4.A. REPORT INCOME EARNED BY CHILDREN

A) Report all income earned or received by children. Report the combined gross income for ALL children listed in STEP 1 in your household in the box marked “Child Income.” Only count foster children’s income if you are applying for them together with the rest of your household.
What is Child Income? Child income is money received from outside your household that is paid DIRECTLY to your children. Many households do not have any child income.

4.B. REPORT INCOME EARNED BY ADULTS

Who should I list here?

- When filling out this section, please include ALL adult members in your household who are living with you and share income and expenses, even if they are not related and even if they do not receive income of their own. If there is no income, enter “0”. If left blank, you are indicating there is no income. **If you decline to provide income information, please write “DECLINE”. Your form will be denied for free or reduced-price meals.**
- **Do NOT include:**
 - People who live with you but are not supported by your household’s income AND/OR do not contribute income to your household.
 - Infants, children, and students already listed in STEP 1.

B) List adult household members’ names. Print the name of each household member in the boxes marked “Names of Adult Household Members (First and Last).” Do not list any household members you listed in STEP 1, if a child listed in STEP 1 has income, follow the instructions in STEP 4, part A.

C) Report earnings from work. Report all income from work in the “Earnings from Work” field on the application. This is usually the money received from working at jobs. If you are a self-employed business or farm owner, you will report your net income. **Check the box indicating the frequency of pay.**
What if I am self-employed? Report income from that work as a net amount. This is calculated by subtracting the total operating expenses of your business from its gross receipts or revenue.

D) Report income from public assistance/child support/alimony. Report all income that applies in the “Public Assistance/Child Support/Alimony” field on the application. Do not report the cash value of any public assistance benefits NOT listed on the chart. If income is received from child support or alimony, only report court-ordered payments. Informal but regular payments should be reported as “other” income in the next part. **Check the box indicating the frequency of pay.**

E) Report income from pensions/retirement/all other income. Report all income that applies in the "Pensions/Retirement/ All Other Income" field on the application. **Check the box indicating the frequency of pay.**

F) Report total household size. Enter the total number of household members in the field "Total Household Members (Children and Adults)." This number **MUST** be equal to the number of household members listed in **STEP 1** and **STEP 4**. If there are any members of your household that you have not listed on the application, go back and add them. It is very important to list all household members, as the size of your household affects your eligibility for free and reduced-price meals.

G) Provide the last four digits of your Social Security Number. An adult household member must enter the last four digits of their Social Security Number in the space provided. You are eligible to apply for benefits even if you do not have a Social Security Number. If no adult household members have a Social Security Number, leave this space blank and mark the box to the right labeled "Check if no SSN." **The form will not be processed without this information.**

Sources of Income for Children		Sources of Income for Adults	
Sources of Child Income	Example(s)	Public Assistance / Alimony / Child Support	Pensions/Retirement / All Other Income
- Earnings from work	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages	- Unemployment benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits)
- Social Security	- A child is blind or disabled and receives Social Security benefits	- Worker's compensation	- Private pensions or disability benefits
- Disability Payments	- A Parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security	- Supplemental Security Income (SSI)	- Regular income from trusts or estates
- Survivor's Benefits	- A friend or extended family member regularly gives a child spending money	- Cash assistance from State or local government	- Annuities
- Income from person outside the household	- A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust	- Alimony payments	- Investment income
- Income from any other source		- Child support payments	- Earned interest
		- Veteran's benefits	- Rental income
		- Strike benefits	- Regular cash payments

Sources of Income for Children	
Sources of Child Income	Example(s)
- Earnings from work	- Salary, wages, cash bonuses
- Net income from self-employment (farm or business)	- Net income from self-employment (farm or business)
- If you are in the U.S. Military:	- Military
- Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances)	- Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances)
- Allowances for off-base housing, food and	- Allowances for off-base housing, food and

STEP 5: CONTACT INFORMATION AND ADULT SIGNATURE

All applications must be signed by an adult member of the household. By signing the application, that household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please also make sure you have read the privacy and civil rights statements on the back of the application.

<p>A) Provide your contact information (OPTIONAL). Write your current address in the fields provided if this information is available. If you have no permanent address, this does not make your children ineligible for free or reduced-price meals. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.</p>	<p>B) Print and sign your name and write today's date (REQUIRED). Print the name of the adult signing the application and that person signs in the box "Signature of adult."</p>	<p>C) Mail Completed Form to: Insert center address here Or return to your child's teacher.</p>	<p>D) Share children's racial and ethnic identities (optional). On the back of the application, we ask you to share information about your children's race and ethnicity. This field is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price school meals.</p>
--	---	--	---

STEP 6: Share Children's Racial and Ethnic Identities (OPTIONAL)

Step 6 is optional. We ask you to share information about your children's race and ethnicity. This field is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas instrucciones a modo de ayuda para completar la solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido. Solo tiene que presentar una solicitud por vivienda, aunque haya más de un participante inscrito en este centro. Se debe completar toda la solicitud para que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. ¡Siga estas instrucciones en orden! Cada paso de las instrucciones es el mismo paso que el de la solicitud. Si en algún momento duda de qué hacer a continuación, comuníquese con [Contacto del patrocinador aquí; teléfono y correo electrónico preferido].

UTILICE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) PARA COMPLETAR LA SOLICITUD Y HAGA TODO LO POSIBLE PARA ESCRIBIR CON LETRA CLARA.

PASO 1: MENCIONE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA VIVIENDA QUE SEAN BEBÉS, MENORES Y ESTUDIANTES HASTA 12.º GRADO INCLUSIVE, INCLUSO A AQUELLOS QUE NO ESTÉN INSCRIPTOS EN EL CENTRO

Cuéntenos cuántos bebés, menores y estudiantes viven en su vivienda. NO tienen que tener un parentesco con usted para formar parte de su vivienda.

¿A quién debo mencionar aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros de su vivienda que:

- sean menores que tengan menos de 18 años Y que reciban apoyo financiero con los ingresos de la vivienda ; o
- estén a su cargo en virtud de un acuerdo del sistema de acogida, o cumplan con los requisitos para ser jóvenes sin hogar, inmigrantes o fugitivos.

A) Mencione el nombre de cada menor.
Escriba el nombre de cada menor.
Utilice una línea de la solicitud para cada menor. Al escribir los nombres, escriba una letra en cada casillero. No continúe si se ha quedado sin espacio. Si los menores superan la cantidad de líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información requerida para los demás menores. Incluya la fecha de nacimiento de cada menor en la columna de fecha de nacimiento.

B) ¿El menor se ha inscrito en [nombre del centro aquí]?
Marque "SI" o "No" en la columna titulada "**¿Se ha inscrito?**" para indicarnos quiénes de los menores asisten a [nombre del centro aquí].

C) ¿Hay algún menor en su vivienda bajo el régimen de acogida? Si alguno de los menores que figuran en la lista están bajo el régimen de acogida, marque la casilla "Menor en régimen de acogida" junto al nombre del menor. Si SOLO está presentando esta solicitud para menores bajo el régimen de acogida, después de terminar los PASOS 1 Y 2, vaya al PASO 5.
Los menores bajo el régimen de acogida que viven con usted pueden contar como miembros de su vivienda y deben figurar en su solicitud. Si presenta la solicitud tanto para menores que están como que no están bajo el régimen de acogida, **complete los pasos 2 y 3.**

D) ¿Hay algún menor sin hogar, inmigrante o fugitivo? Si cree que alguno de los menores que figuran en esta sección se ajusta a esta descripción, marque la casilla "Sin hogar, inmigrante, fugitivo" junto al nombre del menor y complete todos los pasos de la solicitud. Inmigrante significa que participa en el Programa de Educación para Inmigrantes (MEP, en inglés).

PASO 2: INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Esta sección debe completarse por todos los menores que asistan al centro/hogar de cuidado de menores o para los participantes adultos que asistan a un centro de cuidado diurno para adultos. Complete la información de inscripción, inclusive la fecha original de inicio en el centro/hogar, las horas normales de llegada y salida, los días normales de la semana en que el participante asiste y las comidas normales que ingiere en el centro. Si el padre/madre/tutor trabaja por turnos, indíquelo.

PASO 3a: SOLO PARTICIPANTES EN CENTROS DE CUIDADO DE MENORES: ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA VIVIENDA PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP, en inglés) O EN EL PROGRAMA DE AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF, en inglés) EN LA ACTUALIDAD?

Si algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los programas de asistencia que se mencionan a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) de Delaware
- Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Delaware

Escriba un número de caso para el programa SNAP o TANF y luego vaya al PASO 5. No escriba el número de la tarjeta EBT aquí. Sólo tiene que indicar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, póngase en contacto con el gestor de su caso.

Si ningún miembro de su vivienda participa en ninguno de los programas mencionados:

- Deje el PASO 3 en blanco y vaya al PASO 4.

PASO 3b: SOLO PARA PARTICIPANTES EN CENTROS DE CUIDADO DIURNO PARA ADULTOS: ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA VIVIENDA RECIBE BENEFICIOS DE SNAP, TANF, SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI, en inglés) O MEDICAID EN LA ACTUALIDAD? Incluya también el nombre del participante adulto aquí.

A) Si ningún miembro de su vivienda participa en ninguno de los programas indicados:

- Deje el PASO 3 en blanco y vaya al PASO 4.

B) Si algún miembro de su vivienda participa en alguno de los programas mencionados:

- Escriba un número de caso para el programa SNAP, TANF, SSI o Medicaid y luego vaya al PASO 5. No escriba el número de la tarjeta EBT aquí. Sólo tiene que indicar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, póngase en contacto con el gestor de su caso.

PASO 4: INDIQUE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA VIVIENDA

¿Cómo indico mis ingresos?

- Utilice las tablas "Fuentes de ingresos de adultos" y "Fuentes de ingresos de menores" para determinar si en su vivienda hay ingresos que declarar.
- Indique todos los importes correspondientes SOLO A LOS INGRESOS BRUTOS. Indique todos los ingresos en números enteros expresados en dólares. No incluya centavos.
 - Los ingresos brutos son el total de ingresos recibidos antes de los impuestos.
 - Muchas personas piensan que los ingresos son el importe que "se llevan a casa" y no el importe "bruto" total. Asegúrese de que los ingresos que indica en esta solicitud NO se han reducido para pagar impuestos, primas de seguros o cualquier otro importe que se haya descontado de su salario.
- Escriba un "0" en los campos en los que no haya ingresos que declarar. Los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se contarán como un cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. Si los agentes locales sospechan que los ingresos de su vivienda se han declarado de forma incorrecta, se investigará su solicitud.
- Marque la frecuencia con la que recibe cada tipo de ingreso en las casillas de verificación situadas a la derecha de cada campo.

4.A. INDIQUE LOS INGRESOS OBTENIDOS POR LOS MENORES

A) Indique todos los ingresos obtenidos o recibidos por los menores. Indique los ingresos brutos combinados de TODOS los menores de su vivienda mencionados en el PASO 1 en la casilla "Ingresos de menores". Solo cuente los ingresos de los menores bajo el régimen de acogida si está presentando la solicitud por ellos junto con el resto de los miembros de su vivienda.

¿Qué son los Ingresos de menores? Los ingresos de menores son dinero recibido de algún agente externo de su vivienda que se paga DIRECTAMENTE a sus hijos. Muchas viviendas no tienen ingresos de menores.

4. B. INFORME LOS INGRESOS OBTENIDOS POR LOS ADULTOS

¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su vivienda que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no tengan parentesco y aunque no reciban ingresos propios. Si no hay ingresos, indique "0". Si la deja en blanco, está indicando que no hay ingresos. Si se niega a facilitar información sobre los ingresos, escriba "RECHAZO". Su formulario será denegado para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
- **NO incluye:**
 - Personas que viven con usted pero no reciben el apoyo financiero de los ingresos de su vivienda O no aportan ingresos a su vivienda.
 - Bebés, menores y estudiantes ya mencionados en el PASO 1.

B) Mencione los nombres de los miembros adultos de la vivienda. Escriba con letra de imprenta el nombre de cada miembro de la vivienda en las casillas "Nombre y apellido de los miembros adultos de la vivienda". No incluya a ningún miembro de la vivienda que haya indicado en el PASO 1. Si uno de los menores mencionados en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones del PASO 4, parte A.

C) Indique los ingresos del trabajo. Indique todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos del trabajo" de la solicitud. Este importe suele ser el dinero recibido por trabajar en empleos. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, indique sus ingresos netos. **Marque la casilla que indica la frecuencia de pago.**
¿Y si trabajo por cuenta propia? Indique los ingresos de ese trabajo como importe neto. Se calcula al restar los gastos totales del funcionamiento de su negocio de los ingresos brutos.

D) Indique los ingresos procedentes de alguna asistencia pública/manutención infantil/pensión alimentaria. Indique todos los ingresos que correspondan en el campo "Asistencia pública / Manutención infantil / Pensión alimentaria" de la solicitud. No indique el valor monetario de ningún beneficio proveniente de una asistencia pública que NO figure en la tabla. Si los ingresos provienen de una manutención infantil o de una pensión alimentaria, indique únicamente los pagos ordenados por un tribunal. Los pagos informales pero regulares deben indicarse como "otros" ingresos en la parte siguiente. **Marque la casilla que indica la frecuencia de pago.**

E) Indique los ingresos procedentes de pensiones/jubilaciones/otros ingresos. Indique todos los ingresos que correspondan en el campo "Pensiones / Jubilaciones / Otros ingresos" de la solicitud. **Marque la casilla que indica la frecuencia de pago.**

F) Indique el tamaño total de la vivienda. Escriba la cantidad total de miembros de la vivienda en el campo "Total de miembros de la vivienda (menores y adultos)". Esta cantidad DEBE ser igual a la cantidad de miembros de la vivienda indicada en el PASO 1 y el PASO 4. Si hay algún miembro de su vivienda que no haya sido incluido en la solicitud, vuelva atrás y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros de la vivienda, ya que el tamaño de esta influye en su elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

G) Indique los cuatro últimos números de su número del Seguro Social. Un miembro adulto de la vivienda debe indicar los cuatro últimos números de su número del Seguro Social en el espacio indicado. Es elegible para recibir beneficios aunque no tenga un número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto de la vivienda tiene un número del Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla de la derecha "Marque si no tiene un SSN". **El formulario no se procesará sin esta información.**

Fuentes de ingresos de menores		Fuentes de ingresos de adultos		
Fuentes de ingresos de menores - Ingresos del trabajo - Seguro Social - Pagos por discapacidad - Beneficios para sobrevivientes - Ingresos procedentes de una persona externa a la vivienda - Ingresos de cualquier otra fuente	Ejemplo(s) - Un menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o de medio tiempo en el que recibe un sueldo o salario - Un menor es ciego o tiene una discapacidad y recibe beneficios del Seguro Social - Uno de los padres tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe beneficios del Seguro Social - Un amigo o un miembro de la familia le da al menor dinero para sus gastos de forma regular - Un menor recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una anualidad o un fideicomiso	Ingresos del trabajo Sueldos, salarios, bonos en efectivo Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en el Servicio Militar de EE. UU.: Sueldo base y bonos en efectivo (NO incluyen el pago por combate, el subsidio por Supervivencia Suplementaria para Familias [FSSA, en inglés] ni los subsidios para viviendas privadas) Subsidios para vivienda, comida y	Asistencia pública / Pensión alimentaria / Seguridad Beneficios por desempleo Indemnización laboral Seguro Social Suplementario (SSI) Ayuda en efectivo del gobierno estatal o local Pagos de pensión alimentaria Pagos de manutención infantil Beneficios para veteranos Beneficios por huelga	Pensiones / Jubilaciones / Otros Seguro Social (inclusive la jubilación para empleados ferroviarios y los beneficios por neuromoñosis) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias Anualidades Ingresos de inversiones Intereses devengados Ingresos por alquiler Pagos regulares en efectivo procedentes de un agente externo a la vivienda

PASO 5: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Todas las solicitudes deben estar firmadas por un miembro adulto de la vivienda. Al firmar la solicitud, ese miembro de la vivienda promete que toda la información ha sido facilitada de forma veraz y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese también de haber leído las declaraciones sobre privacidad y derechos civiles que figuran en el reverso de la solicitud.

A) Proporcione su información de contacto (OPCIONAL). Escriba su dirección actual en los campos previstos si dispone de esta información. Si no tiene una dirección permanente, esto no significa que sus hijos no sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a localizarlo con rapidez si necesitamos ponernos en contacto con usted.	B) Escriba su nombre y firme, y escriba la fecha de hoy (OBLIGATORIO). Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar la casilla "Firma del adulto".	C) Envíe por correo el formulario completo a: Indique aquí la dirección del centro O entréguelo al docente del menor.	D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los menores (opcional). En el reverso de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y etnia de los menores. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de los menores para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.
--	--	--	---

PASO 6: Comparta las identidades raciales y étnicas de los menores (OPCIONAL)

El paso 6 es opcional. Le pedimos que comparta información sobre la raza y etnia de los menores. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de los menores para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**Household Information Letter for Non-Pricing Institutions
Child and Adult Care Food Program**

[Date]

Dear Parent or Guardian:

[Name of Center] offers healthy meals and snacks to participants as part of the Child and Adult Care Food Program (CACFP). **[Name of Center]** receives support from CACFP to serve those meals. CACFP gives more support if your household income is less than or equal to the limits on this chart:

Federal Income Standards for Reduced-Price Meals for July 1, 2024 - June 30, 2025		
Household size	Yearly Income	Monthly Income
1	\$27,861	\$2,322
2	\$37,814	\$3,152
3	\$47,767	\$3,981
4	\$57,720	\$4,810
5	\$67,673	\$5,640

Please fill out a *CACFP Income Eligibility Form*. It will help us find out how much support **[Name of Center]** receives. Please be sure to read the instructions carefully. Fill in all the information we request. We can only accept complete forms. Please send the completed form to: **[Name, Address]**, email securely to **[email address]** or return to the center.

Thank you for taking the time to fill out the form. We hope your child enjoys CACFP meals!

In the operation of federal nutrition programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex (including gender and gender identity), age, or disability. If you have questions or need help, please contact **[Name]** at **[Phone Number]** or **[Email Address]**.

Sincerely,

Signature

[Name]
[Title]

This institution is an equal opportunity provider.

**Carta de información sobre la vivienda para las instituciones no tarifarias
Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos**

[Fecha]

Estimado padre o tutor:

[Nombre del centro] ofrece comidas y refrigerios saludables a los participantes como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, en inglés). **[Nombre del centro]** recibe apoyo del CACFP para servir esas comidas. El CACFP ofrece más apoyo si los ingresos de su vivienda son menores o iguales a los límites de esta tabla:

Estándares de ingresos federales para comidas a precio reducido para el 1 de julio de 2024 - 30 de junio de 2025		
Tamaño de la vivienda	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$27,861	\$2,322
2	\$37,814	\$3,152
3	\$47,767	\$3,981
4	\$57,720	\$4,810
5	\$67,673	\$5,640

Por favor complete el *Formulario de elegibilidad por ingresos del CACFP*. Nos ayudará a saber cuánto apoyo recibe **[Nombre del centro]**. Lea atentamente las instrucciones. Complete todos los datos que le pedimos. Solo aceptaremos formularios completos. Envíe el formulario completo a: **[Nombre, dirección]**, por correo electrónico de forma segura a **[dirección de correo electrónico]** o entréguelo en el centro.

Gracias por tomarse el tiempo de completar el formulario. ¡Esperamos que los menores disfruten de las comidas del CACFP!

En el funcionamiento de los programas federales de nutrición, no se discriminará a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (inclusive el género y la identidad de género), edad o discapacidad. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con **[nombre]** al **[número de teléfono]** o a **[dirección de correo electrónico]**.

Atentamente,

Firma

[Nombre]
[Título]

Esta entidad ofrece igualdad de oportunidades.

**Household Information Letter for Pricing Institutions
Child and Adult Care Food Program**

[Date]

Dear Parent or Guardian:

[Name of Center] offers healthy meals and snacks to participants as part of the Child and Adult Care Food Program (CACFP). Eligibility for free or reduced-price meals depends on your income. Participants qualify if household income is less than or equal to the limits on this chart:

Federal Income Standards for Reduced-Price Meals for July 1, 2024 - June 30, 2025		
Household size	Yearly Income	Monthly Income
1	\$27,861	\$2,322
2	\$37,814	\$3,152
3	\$47,767	\$3,981
4	\$57,720	\$4,810
5	\$67,673	\$5,640

You can find out if [you/your child] is eligible by filling out a *CACFP Income Eligibility Form*. Please be sure to read the instructions carefully. Fill in all the information we request. We can only approve complete forms. . Please send the completed form to: [Name, Address], email securely to [email address] or return to the center.

If we approve your form, meal eligibility is in effect for 12 months. We may check the information on the form, at any time during the year, to confirm that [you/your child] was eligible when you applied.

In the operation of federal nutrition programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex (including gender or gender identity), age, or disability. If you disagree with our decision, you have the right to appeal it. If you have questions or want to request an appeal, please contact [Name] at [Phone Number] or [Email Address].

Thank you for taking the time to apply. We hope [you/your child] enjoys CACFP meals!

Sincerely,

Signature

[Name]
[Title]

This institution is an equal opportunity provider.

**Carta de información sobre la vivienda para las instituciones tarifarias
Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos**

[Fecha]

Estimado padre o tutor:

[Nombre del centro] ofrece comidas y refrigerios saludables a los participantes como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, en inglés). La elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido depende de sus ingresos. Los participantes son elegibles si los ingresos de la vivienda son menores o iguales a los límites de esta tabla:

Estándares de ingresos federales para comidas a precio reducido para el 1 de julio de 2024 - 30 de junio de 2025		
Tamaño de la vivienda	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$27,861	\$2,322
2	\$37,814	\$3,152
3	\$47,767	\$3,981
4	\$57,720	\$4,810
5	\$67,673	\$5,640

Puede averiguar si **[usted/el menor]** es elegible al completar un *Formulario de elegibilidad por ingresos del CACFP*. Lea atentamente las instrucciones. Complete todos los datos que le pedimos. Solo aceptaremos formularios completos. Envíe el formulario completo a: **[nombre, dirección]**, por correo electrónico de forma segura a **[dirección de correo electrónico]** o entréguelo en el centro.

Si aprobamos su formulario, la elegibilidad para recibir comidas estará vigente durante 12 meses. Podemos comprobar la información que figura en el formulario, en cualquier momento del año, para confirmar que **[usted/el menor]** era elegible cuando presentó la solicitud.

En el funcionamiento de los programas federales de nutrición, no se discriminará a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (inclusive el género y la identidad de género), edad o discapacidad. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelarla. Si tiene alguna pregunta o quiere solicitar una apelación, comuníquese con **[nombre]** al **[número de teléfono]** o a **[dirección de correo electrónico]**.

Gracias por tomarse el tiempo de enviar su solicitud. ¡Esperamos que **[usted/el menor]** disfrute de las comidas del CACFP!

Atentamente,

Firma

[Nombre]
[Título]

Esta entidad ofrece igualdad de oportunidades.