

CARTA PARENTAL

CARTA PARENTAL PARA EL PROGRAMA DEL CUIDADO ALIMENTICIOS PARA NIÑOS Y ADULTOS (COMPONENTE DE CUIDADO DE NIÑOS) PROGRAMA DE FIJACIÓN DE PRECIOS (AFF 2014)

Estimado padre o tutor:

El _____ sirve comidas nutritivas sin
(Nombre de la organización patrocinadora)

cargo adicional porque el centro recibe reembolso adicionado para cada niño cuyo el ingreso del hogar es igual o inferior al nivel mostrado en los ingresos por tamaño del hogar por debajo. Con el fin de continuar con este servicio de comidas gratis para usted, por favor complete y envíe la solicitud adjunta. Esta información se mantiene confidencial en nuestros archivos, y es necesaria para determinar el tipo de reembolso en virtud del Programa de Cuidado Alimenticio para Niños y Adultos. Si su ingreso es superior a la cantidad indicada a continuación para el tamaño de su hogar, no es necesario completar la solicitud. Una vez debidamente aprobados para beneficios gratis o a precio reducido, un hogar seguirá siendo elegible para los beneficios por un período no superior a 12 meses.

(Del 01 de julio de 2013 al 30 de junio de 2014)

Tamaño del Hogar	Nivel de ingresos mensuales (en o por debajo)
1	\$1,772
2	2,392
3	3,011
4	3,631
5	4,251
6	4,871
7	5,490
8	6,110
Para cada Miembro adicional del Hogar, Agregar	+620

Hogares con ingresos inferior o igual a los estándares de precio reducido serían elegibles a beneficios de comida gratis o a precio reducido. Los participantes con miembros de la familia que perdieron su empleo tienen derecho a la tarifa más alta durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingresos durante el período de desempleo hace que el ingreso del hogar sea dentro de los requisitos de elegibilidad indicados anteriormente.

Cuando la elegibilidad es establecida por el tamaño del hogar y los ingresos, una solicitud completa debe incluir: (a) los nombres de todos los miembros del hogar, incluyendo el nombre del niño solicitante; (b) los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o una indicación de que el miembro adulto del hogar no tiene un número de seguro social (c) los ingresos del hogar que recibe cada miembro de la familia identificados por fuente de ingresos, y (d) la firma de un miembro adulto de la familia y la fecha de firma.

Cuando la elegibilidad es establecida por el número de caso Estampillas de Comida (FoodShare Wisconsin), por el número de caso FDPIR, o por el número de Beneficios en efectivo W-2, una solicitud completa debe incluir: (a) el nombre del niño solicitante; (b) las Estampillas de Comida apropiadas (Food Share Wisconsin), el número de caso del FDPIR o del beneficio en efectivo W-2 para el niño, y (c) la firma de un miembro adulto del hogar y fecha de firma. Son elegibles a los programas de beneficios en efectivo: los trabajos de prueba, los trabajos de servicios comunitarios (CSJ), El cuidado de un recién nacido (CMC) y el W-2 de Transición (W-2 T). **NO proporcione números de Medicaid, SSI, W-2 Child Care Asistencia o tarjeta de Quest. Una tarjeta de Quest contiene dieciséis dígitos.**

Comidas servidas a los niños de crianza son elegibles para el reembolso a las tarifas de precio gratis sin tener en cuenta los ingresos del hogar. Un niño de crianza colocado en un hogar puede ser incluido como miembro de la familia en la misma solicitud que incluye a los niños que no son de crianza.

ACTA DE PRIVACIDAD: A menos que usted proporcione el número de la Estampillas de Comida del niño (FoodShare Wisconsin), el FDPIR o el número del beneficio en efectivo W-2 o, está solicitando para un niño de crianza, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige que usted incluya el número de seguridad social del miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene número de seguro social. Usted no tiene que apuntar un número de seguro social, pero si no se proporciona uno o no se indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social, no podemos aprobar su solicitud. El número de seguro social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para verificar la exactitud de la información declarada en la solicitud. Esto puede incluir la revisión del programa, auditorías e investigaciones y pueden incluir contacto con patrones para determinar el ingreso, contacto con las oficinas de estampillas de comida, con el FDPIR o con la oficina del W-2 para determinar la certificación corriente de estampillas de comida, de FDPIR o de beneficio en efectivo W-2, tanto como el contacto con la oficina del empleo del Estado de seguridad para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación presentada por el miembro del hogar para luego comprobar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si la información es incorrecta. El número de seguridad social también puede ser divulgado a programas como autorizados en virtud de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, la Contraloría General de los Estados Unidos y los funcionarios policiales con el propósito de investigar las violaciones de algunos programas federales, estatales y locales de educación, de salud y de nutrición.

Información de elegibilidad de comida gratis o a precio reducido para niños puede ser compartida con otros organismos del Estado y otros programas de nutrición infantil sin notificación previa. Si la comida de sus hijos se reembolsa según la tarifa gratis o a precio reducido, estos niños también pueden ser elegibles a obtener un seguro médico gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud (BadgerCare). Porque el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, la ley **nos permite notificar a Medicaid y BadgerCare que la comida de sus hijos es elegible para la tarifa de reembolso más alta (s), a menos que usted nos diga no hacerlo.** Medicaid y BadgerCare solamente usan la información para identificar a los niños que podrían calificar para sus programas. Funcionarios del programa pueden contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. (Llenar la declaración del Tamaño del ingreso del hogar no inscribe a sus hijos automáticamente en el seguro médico.) **Si usted no quiere que nosotros compartamos su información con Medicaid o BadgerCare favor de notificarnos por escrito. La notificación no va a cambiar si la comida de sus hijos es reembolsada o no.**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Firma del Representante del Patrocinador

Memorándum de Orientación 12C, fecha de revisión de 07/13

TAMAÑO DEL HOGAR –DECLARACIÓN DE INGRESOS -

SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE TAMAÑO DEL HOGAR—INGRESOS PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO ALIMENTARIO PARA NIÑOS Y ADULTOS (COMPONENTE DE CUIDADO DE NIÑOS) INSTRUCCIONES: Un miembro adulto del hogar debe completar y devolver al centro. (AFF 2014, Rev. 7/13)

Nombre(s) de(los) Niño(s)	Agencia
---------------------------	---------

LOS NIÑOS DE CRIANZA: Comidas servidas a los niños de crianza son elegibles para el reembolso a las tasas de precio gratis sin tener en cuenta los ingresos del hogar. Si usted tiene niños de crianza que viven con usted y desea solicitar tales comidas para ellos, usted los puede incluir como miembros del hogar en la misma solicitud, que incluye a los niños que no son de crianza. Sólo relate ingresos recibido personalmente por los niños de crianza.

PARTE 1-HOGARES RECIBIENDO EL PROGRAMA DE AYUDA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL (SNAP) (FOODSHARE WISCONSIN), PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍAS (FDPIR), O DE WISCONSIN WORKS BENEFICIOS EN EFECTIVO (W-2)

Si usted está recibiendo el SNAP AHORA (FoodShare Wisconsin), FDPIR y / o beneficios en efectivo W-2 para estos niños es suficiente sólo dar su estampillas de comida (FoodShare Wisconsin), FDPIR o su número de caso de beneficios en efectivo W-2. **NO dé números de Medicaid, SSI, W-2 Asistencia para el Cuidado Infantil o la tarjeta Quest (16 dígitos).** Completar la PARTE 3, firmar, fechar el formulario y enviarlo a la oficina del centro. **No Complete la PARTE 2.**

Si, recibo el SNAP (FoodShare Wisconsin), o FDPIR y / o beneficios en efectivo W-2 este mes para este niño. Proporcionar el número de caso en la línea adecuada si usted establece elegibilidad para un hogar que actualmente recibe SNAP, FDPIR, o beneficios en efectivo W-2

Nº de Caso de las Estampillas de Comida (FoodShare Wisconsin) es (un número de diez dígitos) _____
 Nº de Caso de Beneficios en efectivo W-2, es (un número de diez dígitos): _____
 Nº de Caso FDPIR es (un número de nueve dígitos) _____

PARTE 2- TODOS OTROS HOGARES

Si usted no proporcionó un nº de caso del SNAP (FoodShare Wisconsin), FDPIR, o un número de caso de beneficios en efectivo W-2 usted DEBE completar la siguiente información o su solicitud no puede ser aprobada.

Nombre y los último cuatro 4 dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma este formulario.

Nombre : _____ Número de Seguro Social (apunte los últimos 4 dígitos) _____ no tengo

número de seguro social **MIEMBROS DEL HOGAR:** Apunte debajo los nombres de todos los que viven en su hogar, incluya a sí mismo y a (los) niño (s) mencionado(s) anteriormente.

INGRESOS: Apunte abajo, todos los Ingresos recibidos y la frecuencia con la cual fueron recibidos en la misma línea con la persona que los recibió. Usted debe incluir Ingresos brutos ANTES deducciones o impuestos, seguro social, etc. (Individuos autónomos deben informar de Ingresos netos). Apunte cada cantidad bajo el título correcto. Use los siguientes factores de conversión para determinar Ingresos mensual: Ingresos semanal x 4.33 = Ingresos Mensuales. Ingresos recibido cada 2 semanas x 2.15 = Ingresos Mensuales. Ingresos de 2 veces al mes x 2 = Ingresos Mensuales.

APUNTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		INGRESOS BRUTO Y LA FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE				
Nombre (Apellido, Nombre)	Edad	Ganancias de Trabajo (Antes Deducciones)	Asistencia Social Pagos de Manutención Y/o Pensión Alimenticia	Pagos de Manutención de Jubilación de Seguro Social	Todos Otros Ingresos Recibido el Mes Pasado	Marca si NO Ingresos
(Ejemplo) Smith, Jane	32	\$200/Semanal	\$150/bi-Semanal	\$100/mensual		NO
						Marca si le niño de crianza
1. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
2. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
3. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
4. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
5. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
6. _____		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>

PARTE 3-TODOS LOS HOGARES Por favor, compruebe la identidad étnica y racial del participante matriculado. Usted no está obligado a contestara esta pregunta. La colección de esta información es estrictamente para el reportaje estadístico y no tendrá ningún efecto en la determinación de la elegibilidad para los beneficios.

ETNICIDAD: Hispano o Latino No Hispano or Latino
 RAZA: Indio Americano of Nativo de Alaska Negro o Afro – Americano Blanco Asiatico Nativo de Hawai of de Otras Islas del Pacífico

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos estan reportados. Yo entiendo que esta información se da para el recibo de fondos federales, que los funcionarios de la agencia pueden averiguar la información sobre la solicitud, y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales. La firma de esta solicitud es la de un miembro adulto del hogar.

Escribir Nombre y Dirección, Calle, Ciudad, Código

Firma de un Miembro Adulto del Hogar	Fecha de Firma Mes/Día/Año	Trabajo: _____ Número de Teléfono: _____ Domicilio: _____
--------------------------------------	----------------------------	---

FOR CENTER USE ONLY

Basis of Determining Eligibility <input type="checkbox"/> Total Household Size _____ <input type="checkbox"/> Total Income \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="checkbox"/> W-2 Cash Benefits <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Foster Child(ren)	Eligibility Determination <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Non-Needy	Determining Official's Initials and Date _____ (Expires in one year from approval date of the Determining Official)
--	---	---	--

