

Estimado participante inscrito, miembro del grupo familiar o tutor:

_____ está inscrita en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y

(Nombre de la agencia)

Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés), un programa de USDA que proporciona dólares de asistencia federal a centros de cuidado diurno de adultos elegibles para que sirvan comidas más nutritivas. La cantidad de dinero que nuestra agencia recibe de este programa se basa en los niveles de ingreso de los grupos familiares de nuestros participantes inscritos. **A fin de continuar brindado un servicio de comidas de calidad sin un cobro adicional, solicitados a cada grupo familiar de nuestros participantes inscritos que completen cada año un nuevo formulario de Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (Household Size-Income Statement, HSIS). Por favor rellene el formulario HSIS adjunto y entréguelo a nuestra oficina. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial en nuestros archivos.** Solo se requiere un HSIS relleno por grupo familiar. Una vez que hayamos aprobado debidamente el HSIS como elegible, nuestra agencia recibirá las tasas más altas de reembolso de comidas («*gratuitas*» o «*a precio reducido*») para los participantes inscritos de ese grupo familiar, durante 12 meses desde el mes efectivo de determinación, sin importar si hay cambios en el tamaño o los ingresos del grupo familiar del participante o la terminación de los programas de beneficios.

- No está obligado a completar y entregar este formulario si: nadie en su grupo familiar recibe beneficios de (el programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) (FoodShare Wisconsin) o FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas); el participante inscrito no recibe beneficios de Medicaid o de Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI); y el ingreso del grupo familiar es más alto que el monto indicado para el tamaño de su grupo familiar en la tabla a continuación. Sin embargo, en este caso agradeceríamos que nos devolviera el formulario HSIS con «N/A» (no aplica) escrito en el formulario junto con su firma y la fecha.

Un participante inscrito dentro del grupo familiar debería completar este HSIS con asistencia, si es necesario, de un miembro del grupo familiar o un tutor. Si no puede completar este formulario y no hay un miembro del grupo familiar o tutor que pueda ayudar, el centro puede completar este HSIS en nombre del participante inscrito solo con la aprobación del DPI.

Determinación de la elegibilidad según la participación en programas de beneficios → Completar la Parte 1 y la Parte 3 en el formulario HSIS

Nuestra agencia recibe la tasa de reembolso de comidas gratuitas para los participantes inscritos de grupos familiares que reciben beneficios de FoodShare Wisconsin o de FDPIR O los participantes inscritos reciben Medicaid o beneficios de SSI.

Debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de los programas FoodShare WI, FDPIR, Medicaid o SSI:

- (a) Los nombres de sus participantes inscritos que pertenecen al grupo familiar;
 - (b) Casilla marcada para el beneficio recibido y su número de caso; Y
 - (c) La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma
- **NO incluya el número de 16 dígitos de la tarjeta Quest** para FoodShare WI
 - NO incluya los beneficios de Medicaid y SSI recibidos por otros miembros del grupo familiar distintos al participante(s) inscrito(s)

Determinar la elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar → Completar la Parte 2 y la Parte 3 en el formulario HSIS

Los grupos familiares para los participantes inscritos se definen como ellos mismos más los cónyuges y los dependientes que residan con ellos. Los adultos con impedimento funcional que residen con padres/ tutores se consideran por lo general un grupo familiar separado de ellos.

Escala de tamaño e ingresos del grupo familiar (Efectivo a partir del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024)

Tamaño del hogar	Nivel de ingreso anual (igual o inferior a)
1	\$ 26,973
2	\$ 36,482
3	\$ 45,991
4	\$ 55,500
5	\$ 65,009
6	\$ 74,518
7	\$ 84,027
8	\$ 93,536
Por cada miembro adicional del grupo familiar, debe sumar:	+\$ 9,509

Si un grupo familiar gana un ingreso total que es inferior o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, recibiremos tasas más altas de reembolso de comidas (*tasa de comida «gratuita» o «a precio reducido»*) para los participantes inscritos dentro de este grupo familiar.

Para determinar la elegibilidad basada en el tamaño e ingreso de su grupo familiar, se debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-e):

- (a) Nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que comparten ingresos y gastos, incluidos cónyuges y dependientes;
- (b) El ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar por fuente de ingreso y la frecuencia de pago;
- (c) Número total de miembros del grupo familiar;
- (d) La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma; y
- (e) Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del hogar que firma el HSIS o una indicación de él/ella que no tiene un número del seguro social.

• No es necesario revelar la ciudadanía estadounidense o estado migratorio y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comida más altas.

Declaración de uso de información: La Ley nacional de almuerzo escolar Richard B. Russell exige la información en este formulario. No está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, nuestra agencia no podrá recibir tasas más altas de reembolso por las comidas que sirve a los participantes inscritos de ese grupo familiar. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario, a menos que haya indicado un número de caso por recibir FoodShare Wisconsin, FDPIR, Medicaid, o SSI; cuando el miembro del grupo familiar que firma el HSIS marca «Ninguno» por no tener un n.º del seguro social; o usted es el tutor del participante inscrito que completa el formulario en su nombre. La información de elegibilidad proporcionada en el este HSIS se podrá compartir con auditores para revisar el programa y funcionarios de la ley con el fin de investigar violaciones de las normas del programa.

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM (CACFP)
HOUSEHOLD LETTER (Non-Pricing Programs)**

For Adult Care Centers

Spanish FFY 2024, Rev. 6/23

Consulte la [Declaración de no discriminación de USDA y el procedimiento para presentar quejas](https://dpi.wi.gov/nutrition#discrimination) (https://dpi.wi.gov/nutrition#discrimination).
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Firma del representante de la agencia