



DECLARACION DE TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

Programa de alimentación para cuidado de niños y adultos

Un miembro adulto del grupo familiar debe completar este formulario (HSIS) y entregarlo al centro. Complete un HSIS por grupo familiar.
 Consulte la *Carta para el grupo familiar* adjunta para instrucciones sobre cómo completar este formulario.

Nombre y apellido del niño(s) inscrito(s):	Centro
--	--------

PARTE 1: BENEFICIOS	
¿Alguno de los miembros del hogar participa actualmente en FoodShare WI, WI Works Programs o FDPPIR? Si contestó que sí, marque el programa y escriba el número de caso correspondiente abajo; después vaya a la Parte 3. Si no, salte a la Parte 2.	
<input type="checkbox"/> FoodShare Wisconsin (Número de caso de 10 dígitos): NO incluya el número de 16 dígitos de la tarjeta Quest: _____ <input type="checkbox"/> FDPPIR (Número de caso de 9 dígitos): _____	<input type="checkbox"/> Programas de Wisconsin Works (W-2) (Número de caso de 10 dígitos): Los beneficios del Subsidio para cuidado infantil Wisconsin Shares NO es un programa de W-2. No califica a un niño como elegible como gratuito en el CACFP.

PARTE 2: TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR	
Si no completó la PARTE 1, complete a, b y c abajo; después vaya a la PARTE 3.	

a) Información de los miembros del grupo familiar: Indique los nombres completos de todos los miembros en la primera columna a continuación, incluido usted mismo y todos los niños.	b) Indique todos los ingresos en la misma línea que el miembro del hogar que los recibe. <ul style="list-style-type: none"> Registre cada fuente de ingreso solo una vez. Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe cada fuente de ingreso.
--	---

Nombres de los miembros del grupo familiar	Miembro del grupo familiar: cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no está emparentada con usted.	(Opcional) Edad	Marque si es niño de crianza	Marque si no tiene ingresos	Salarios brutos, ingreso neto (auto-empleado), propinas, bonos en efectivo, pagas y asignaciones militares, compensación laboral, desempleo	Ingresos					Jubilación, seguro social, SSI, discapacidad, beneficios de VA, manutención infantil, pensión conyugal	Ingresos					Pensiones privadas, fideicomisos, anualidades, inversiones, intereses, ingreso neto por alquiler, retiros de ahorros, cualquier otro ingreso									
						Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Registre el n.º total de miembros del grupo familiar: _____

PARTE 3: FIRMA	
Un miembro adulto del hogar debe firmar y fechar este formulario	
Si la PARTE 2 se completó, el adulto que firma el formulario debe indicar los últimos cuatro dígitos de su n.º del seguro social O marcar «Ninguno» si no tiene un n.º del seguro social.	

RECOPIACION DE DATOS DE RAZA Y ORIGEN ÉTNICO – *Completarlos es opcional*
 La legislación federal obliga a este centro a formular las siguientes dos preguntas sobre el origen étnico y la raza. Sus respuestas son estrictamente para informes estadísticos y no tendrán ningún efecto en la determinación de la elegibilidad para beneficios. **Por favor responda las dos preguntas.**

¿ES SU NIÑO(S) HISPANO O LATINO? Sí, hispano o latino No, ni hispano ni latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS QUE SE APLICAN A SU NIÑO(S):
 Indígena estadounidense o nativo de Alaska Negra o afroamericana Blanca Asiática Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

YO CERTIFICO que toda la información en este formulario es verdadera. Entiendo que esta información se da en conexión con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente, mis hijos perderán beneficios de comida, y puedo ser enjuiciado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de un miembro adulto del hogar	Fecha de firma Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social (o marque «Ninguno» si no tiene n.º del seguro social) ***_**_ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------------	----------------------------	--

SOLO PARA USO DEL CENTRO – Completar las 3 secciones

Sección 1: Base para determinar la elegibilidad (A o B)	Sección 2: Determinación de la elegibilidad	Sección 3: Iniciales del funcionario que toma la determinación/Fecha de aprobación Mes efectivo de determinación
---	---	---

<p>A. Tamaño e ingreso del grupo familiar</p> <p>Tamaño total del grupo familiar _____</p> <p>*Total ingreso \$ _____ / _____ (\$ monto) (Período de tiempo)</p>	<p>B. Beneficios/Cuidado de crianza</p> <p><input type="checkbox"/> FoodShare WI</p> <p><input type="checkbox"/> Programas W-2</p> <p><input type="checkbox"/> FDPIR</p> <p><input type="checkbox"/> Niños de crianza</p>	<p><input type="checkbox"/> Gratuita</p> <p><input type="checkbox"/> Reducida</p> <p><input type="checkbox"/> No necesitado</p>	<p>Iniciales/Fecha: _____</p> <p>**Mes efectivo de determinación: _____ Mes/Año</p>	
<p>*Convertir a ingreso anual <u>solo</u> cuando se reporten varias frecuencias de pago, usando solo estos multiplicadores:</p>		<p>Semanal x 52 ----- Cada 2 semanas x 26</p>	<p>Dos veces al mes x 24 ----- Mensual x 12</p>	<p>**Este formulario vence en un año desde el <i>Mes efectivo de determinación.</i></p>