

*Estimado participante o miembro adulto de la familia o tutor:*

*Nuestra institución de cuidado de adultos ha sido aprobada por el Departamento de Educación de Nebraska para participar en el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). El CACFP reembolsa a nuestra institución el costo parcial de las comidas. Le pedimos su ayuda para recibir los máximos beneficios del CACFP completando el formulario adjunto (NS)200-C. Toda la información contenida en este formulario es **confidencial**.*

**El participante/miembro adulto de la familia/tutor debe completar las partes 1 y 4 y una de las siguientes opciones:**

Parte 2, Parte 3A o Parte 3B, para determinar la cantidad de fondos del CACFP que el centro podrá recibir. Este formulario se guardará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. **Nota:** No se debe utilizar **corrector ni tinta borrrable**. Si hay un error, táchelo, corríjalo y ponga sus iniciales.

**Parte 1: INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE**

- **Nombre del participante:** Indique el nombre y los apellidos del participante.
- **Fecha de nacimiento:** Indique la fecha de nacimiento del participante.
- **Fecha de inscripción:** Indique la fecha de inscripción del participante en la organización.

**Opcional:** Marque las casillas de todas las razas y etnias que correspondan al participante que está inscribiendo.

**Parte 2:** Hogares que reciben *beneficios* del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (**SNAP**), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (**TANF**), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (**FDPIR**), **SSI** o **Medicaid**:

- Complete las Partes 1, 2 y 4 del formulario adjunto.
- Proporcione el nombre y el número de caso del programa del que se reciben los beneficios.

**Parte 3A:** Hogar **que excede** las directrices de ingresos que se indican en la tabla siguiente:

- Complete las Partes 1, 3A y 4 en el reverso.

**PARA CALCULAR EL INGRESO ANUAL**

Ingreso semanal X 52 + Ingreso cada 2 semanas X 26 + Ingreso quincenal X 24 + Ingreso mensual X 12

Tamaño del hogar:	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada miembro de la familia adicional
Ingreso anual:	\$29,526	\$40,034	\$50,542	\$61,050	\$71,558	\$82,066	\$92,574	\$103,082	+ \$ 10,508

**Parte 3B:** Hogar **por debajo** de las directrices de ingresos indicadas, complete lo siguiente: Complete las Partes 1, 3B y 4 del formulario adjunto utilizando la información adicional que se indica a continuación:

- **NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar. Incluya al participante, al cónyuge del participante y/o a cualquier otra persona que viva con el participante y dependa de él para su sustento económico. Los adultos con discapacidad funcional que viven con sus padres se consideran una "familia" separada de sus padres.
- **INGRESOS BRUTOS ANTES DE DEDUCCIONES:** Escriba la cantidad de ingresos que recibe cada persona en la misma línea que su nombre. Utilice la(s) columna(s) correspondiente(s): Ingresos del trabajo, Bienestar/Manutención infantil/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguridad Social u Otros ingresos (véase la lista a continuación). Junto a la cantidad de ingresos, escriba con qué frecuencia se reciben los ingresos. Los ingresos son todo el dinero antes de impuestos o cualquier otra deducción. Si una persona no tiene ingresos, marque la casilla de cero ingresos.  
**OTROS INGRESOS:** beneficios por huelga, compensación por desempleo, compensación laboral, beneficios por discapacidad, intereses/dividendos, efectivo retirado de ahorros, ingresos de propiedades/fideicomisos/inversiones, regalías/anualidades/ingresos por alquiler y contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar.  
**BENEFICIOS DE VIVIENDA MILITAR:** Declare como ingresos la asignación de vivienda fuera de la base. Si la vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no la incluya como ingreso.  
**AUTOEMPLEO:** Declare como ingresos netos los ingresos derivados de la empresa comercial menos los costos operativos. Las pérdidas del negocio no pueden deducirse de los ingresos positivos obtenidos en otro empleo. El ingreso mínimo posible es cero.
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Escriba los últimos cuatro (4) dígitos del número de seguro social del participante o del miembro adulto de la familia o del tutor que firma el formulario. Si el participante o el miembro adulto de la familia no tiene un número de seguro social, marque la casilla. El uso de esta información es solo para el CACFP y es obligatorio.

**Parte 4: FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

- Firme y feche la solicitud. El formulario debe ser firmado por el participante o un miembro adulto de la familia o tutor.
- Complete la información de contacto: nombre, dirección, número de teléfono e información del empleador.

---

### Declaración de la Ley de Privacidad:

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, los fondos que reciba su centro de cuidado de adultos pueden verse afectados. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No es necesario indicar el número de Seguro Social cuando presente la solicitud en nombre de un niño en acogida o cuando indique el número de caso del participante en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) u otro identificador (FDPIR), o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación del Programa.

---

### Declaración de no discriminación:

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

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas 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.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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 presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

1. **Correo:**  
Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Como se indicó anteriormente, no todas las bases protegidas se aplican a todos los programas, *“las seis primeras bases protegidas de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad y sexo son las seis bases protegidas para los solicitantes y beneficiarios de los Programas de Nutrición Infantil”*.

### Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con el centro:

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, C.P.: \_\_\_\_\_

Persona de contacto del centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**La agencia estatal que administra el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos es**  
Departamento de Educación de Nebraska  
Servicios de Nutrición  
P.O. Box 94987  
Lincoln, NE 68509  
Teléfono: 402-471-2967  
Sitio web: <http://www.education.ne.gov/NS>

## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS E INSCRIPCIÓN PARA CENTROS DE CUIDADO DE ADULTOS 1° DE JULIO DE 2026 AL 30 DE JUNIO DE 2027

**Parte 1. PARTICIPANTE:** Complete el nombre y la fecha de nacimiento del participante; es opcional completar la etnia y la raza.

<b>Apellido, Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Fecha de inscripción</b>

**OPCIONAL:** Marque la etnia y la raza del participante que está inscribiendo.

Etnia (seleccione una o más):  Hispano o latino  No hispano o latino

Raza (seleccione una o más):  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Blanco o caucásico  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

**Parte 2.** Hogares que reciben *beneficios* del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (**SNAP**), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (**TANF**), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (**FDPIR**), Ingresos de Seguridad Suplementaria (**SSI**), o **Medicaid**. Complete las Partes 1, 2 y 4.

Marque el/los programa(s) que corresponda(n):  **SNAP**  **TANF**  **FDPIR**  **SSI**  **Medicaid** **No. de caso maestro:** \_\_\_\_\_

**Parte 3A** Hogares que **excedan** las directrices de ingresos (indicadas en la carta adjunta), marque esta casilla.

**Parte 3B. TODOS LOS DEMAS HOGARES:** Si no recibe beneficios de hogar de SNAP, TANF, PDPIR, SSI o Medicaid, complete las Partes 1, 3B y 4.

<b>INFORME DE INGRESOS BRUTOS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN</b>									
Códigos de frecuencia de pago: S=Semanal Q2=Cada 2 semanas 2M=Dos veces al mes M=Mensual A=Anual									
Escriba los nombres de Todos los miembros del hogar, <i>incluido</i> el participante.	Ingresos del trabajo		Bienestar, Manutención infantil, Pensión alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguro Social		Todos los demás ingresos (consulte las instrucciones)		Marque si tiene <b>Cero</b> ingresos
	¿Cuánto?	¿Con qué Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué Frecuencia?	
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>

**Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: XXX-XX** \_\_\_\_\_ Si no tiene un Número de Seguro Social, marque esta caja

**Parte 4.** Firma e información de contacto

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencionada, el participante que reciba las comidas puede perder sus beneficios de comidas y yo puedo ser procesado.

**OPCIONAL:** Información de contacto del tutor:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado CP

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o miembro adulto de la familia o tutor Fecha de la firma

Uso exclusivo del \_\_\_\_\_ centro

\_\_\_\_\_  
Hogar SNAP/TANF/FDPIR/SSI/MEDICAID (debe tener un número de caso maestro)

\_\_\_\_\_  
Ingreso anual: \$ \_\_\_\_\_ Tamaño del hogar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario del centro Fecha de la firma

**Categoría del hogar para beneficio de comidas:**

- Gratuito
- Reducido
- Pagado