MUESTRA CARTA A LOS PADRES – Programas que no cobran ***CENTROS DE CUIDADO DIURNO/HEAD START***
PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA NINOS Y ADULTOS (CACFP)

Apreciado Padre/Guardian:

El _____ Centro de Cuidado Diurno/Programa de Head Start esta planeando buscar asistencia para servir comidas nutritivas bajo el Programa de Comida Para Niños y Adultos. Este programa es auspiciado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y es administrado por el Departamento de Educación del estado de Connecticut.

Nuestro programa puede recibir desembolso por comidas servidas a niños que llenen el criterio para recbir comidas gratis ó a precio reducido. Necesitamos documentar la eligibilidad de estos niños obteniendo la cantidad de miembros e ingreso de la familia. Hogares con ingreso más bajo ó igual a las tablas en la próxima página son elegibles para comidas gratis. Por favor complete, firme, ponga la fecha de firma y devuelva la solicitud adjunta. **La información que usted provea sera tratada en forma confidencial y solo sera usada para determinar la eligibilidad.**

Programa de Nutrición de Asistencia Suplemental (SNAP)(anteriormente conocido como Estampillas de Alimentos)/HOGARES CON ASISTENCIA TEMPORERA: Si usted recibe ayuda del Programa de Nutrición de Asistencia Suplemental (SNAP)(anteriormente conocido como Estampillas de Alimentos) ó ASISTENCIA TEMPORERA (TFA) para su niño, solamente tiene que escribir el nombre del niño, el número de SNAP ó TFA, firmar y poner la fecha en la aplicación.

TODOS LOS DEMAS HOGARES: Si su ingreso es igual ó menos del nivel segun esta mostrado en la hoja adjunta, es necesario que provea la siguiente información para que su aplicación pueda ser procesada.

CANTIDAD DE MIEMBROS EN EL HOGAR: Liste los nombres de cada persona que vive en su hogar. Incluya padres, abuelos, **todos** los niños, familiares y no familiares que viven en su hogar.
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: Liste los **ultimos cuatro digitos del seguro social** del miembro adulto del hogar que firma la aplicación. Si el adulto no tiene seguro social escriba **"Ninguno"**.
INGRESO ACTUAL: Liste la cantidad de ingreso que cada persona recibio el mes **pasado** (ANTES de deducción por impuesto, seguro social, etc.), y de dónde provino, como de sueldo, retiro ó asistencia pública (welfare). Si el ingreso del mes pasado del miembro de la familia fué más alto ó más bajo de lo usual, liste el ingreso promedio del mes de la persona.

FIRMA Y FECHA: Un miembro adulto de la familia debe firmar y poner la fecha a la aplicación.

REPORTAR CAMBIOS: De acuerdo con el Acta del 2004 para Nutrición de Niños y el programa WIC, ya no es requerido que los hogares reporten cambios de circumstancias (ejemplo: incremento de ingreso; disminución de miembros del hogar; ó cuando el hogar deja de recibir los beneficios de SNAP ó TFA). Una vez aprovado para beneficios gratis ó reducidos, el hogar seguira elegible para los beneficios por un período que no exceda 12 meses.

HIJOS DE CRIANZA: De acuerdo con el Acta de Healthy, Hunger-Free Kids del 2010, los hijos de crianza que son responsabilidad del Estado ó son formalmente situados por una agencia de bienestar del Estado ó corte, son categoricamente elegibles para beneficios gratis en CACFP. *Esta provisión no aplica a arreglos informales ó arreglos que existan fuera del Estado* ó corte. La eligibilidad para hijos de crianza ya no es determinada basada en el ingreso personal del hijo ó que el hijo se considere una familia de uno. La institución de cuidado diurno debe obtener documentación de la agencia local ó Estatal appropiada para documentar el estatus de hijo de crianza. Hogares con hijos de crianza y no-hijos de crianza pueden optar listar ambos hijos en la misma aplicación. Pero, la presencia de un hijo de crianza en el hogar no quiere decir que todos los niños en el hogar califican para comidas gratis.

NO DISCRIMINACION: **E**sto explica qué hacer si cree que ha sido tratado injustamente. El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y creencias políticas aplicables, estado civil, situación familiar ó parental, orientación sexual, ó todo ó parte del ingreso de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, ó la información genética en el empleo ó en cualquier programa ó actividad protegida ó financiada por el departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas ó actividad de empleo). Si usted desea presentar una queja por discriminación de Derechos Civiles favor de completar el formulario de Quejas por Discriminación del USDA encontrado en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ó en cualquier oficina de USDA ó llame al (866) 632-9992 para el formulario de solicitud. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de reclamación completado ó carta por correo al Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Director, Office of Adjudication, 1400 independencia Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 ó por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Personas sordas, con dificultades auditivas ó con discapacidad pueden contactar a USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidad y empleo.

REAPPLICACION: Si usted no es elegible ahora, pero tiene disminución de ingreso, aumento de miembros del hogar, ó pierde su empleo, llene una aplicación en cualquier momento. Participantes que tengan miembros del hogar que pierden el trabajo son elegibles para comidas gratis ó a precio reducido mientras esten desempleados, si la perdida de ingreso causa que el ingreso familiar este en las tablas de eligibilidad para dichas comidas.

Rev. 07-14 **Nota: Adjunte la tabla para precio reducido**

Adjunte a la Carta de los Padres

INGRESO BRUTO PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS A PRECIO REDUCIDO

EFFECTIVO DE **JULIO 1, 2014 - JUNIO 30, 2015**

Número de Miembros en la Familia	Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	Dos Veces Por Mes	Ingreso Bruto Cada Dos Semanas	Ingreso Bruto Semanal
1	21,590	1,800	900	831	416
2	29,101	2,426	1,213	1,120	560
3	36,612	3,051	1,526	1,409	705
4	44,123	3,677	1,839	1,698	849
5	51,634	4,303	2,152	1,986	993
6	59,145	4,929	2,465	2,275	1,138
7	66,656	5,555	2,778	2,564	1,282
8	74,167	6,181	3,091	2,853	1,427
Cada Miembro Adicional de la Familia	+ 7,511	+ 626	+313	+ 289	+ 145