



**APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA ADULTOS**

INSTITUTION NAME: \_\_\_\_\_ FACILITY NAME: \_\_\_\_\_ AGREEMENT #: \_\_\_\_\_

1. Nombre de Participante: \_\_\_\_\_  
Primero Apellido(s)
2. MEDICAID, SNAP, Ingresos del Seguro Social (SSI) o FDPIR: proporcione el número de caso o programa del participante si corresponde.  
 # de Medicaid \_\_\_\_\_ # de SNAP \_\_\_\_\_  
 # de Seguro Social (SSI) \_\_\_\_\_ (sólo los últimos 4 dígitos) # de FDPIR \_\_\_\_\_

Si ha proporcionado un número de Medicaid, SNAP, SSI o FDPIR, **no complete el #3. Complete el #4 (voluntario) y el #5.**

3. INGRESOS DEL HOGAR: Indique los ingresos del participante y, si reside con él, su esposo/a y cualquier dependiente del participante adulto que resida con ellos. Indique todos los ingresos brutos (**antes de las deducciones**) recibidos el mes pasado.

**Si no ha dado un número de caso de Medicaid, SSI, FDPIR y/o SNAP, debe completar la información sobre los ingresos.**

Nombres de los miembros del hogar	Sueldos/ Salarios Mensuales	Seguridad Social Mensual	Ingresos Mensuales de las Pensiones de Jubilación	Otros Ingresos Mensuales
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

4. IDENTIDAD ÉTNICA: (Marque uno)  Hispano o Latino  No Hispano ni Latino  
 RAZA: (Marque uno o más)  Blanco  Negro o Afroamericano  Asiático  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico
5. FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE EL SEGURO SOCIAL: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de fondos federales; que los funcionarios del Programa pueden verificar la información de la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial en virtud de las leyes penales estatales y federales aplicables.

\_\_\_\_\_  
 Firma del participante o del miembro adulto del hogar – Obligatorio      Fecha      **Marque si no tiene SSN**   
 Últimos 4 dígitos del números de Seguro Social  
 (Requerido para hogares que califican por ingresos)

\_\_\_\_\_  
 Nombre Impreso      # de Teléfono

\_\_\_\_\_  
 Dirección

**For Institution Use Only**

TOTAL HOUSEHOLD SIZE: \_\_\_\_\_ TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY INCOME: \$ \_\_\_\_\_  
 Approved:  Free  Reduced-Price  Denied  
 Reason for denial:  Income too high  Incomplete application  Other \_\_\_\_\_  
 Withdrew on (Date) \_\_\_\_\_

**For state use only:**  
 Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Verified classification:  
 Free  Reduced-Price  Denied  
 Reason for change in classification: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Eligibility Official (Individual at the Institution level) -      Date – Required

Complete la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos para Adultos del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la declaración y devuélvala a la guardería para adultos.

**1- INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: Complete esta parte.**

Imprima el nombre del participante adulto inscrito en el centro.

**2- HOGARES QUE RECIBEN MEDICAIDES, SNAP, SSI O BENEFICIOS FDPIR:**

Complete la parte 2 y la parte 5.

1. Enumere el caso o número de programa SNAP, Medicaid, SSI o FDPIR actual.
2. Un miembro adulto del hogar o el participante debe firmar la declaración en la parte 5.

**3- INGRESOS DEL HOGAR:**

1. Enumere los ingresos del participante y, si reside con el participante, su esposo/a y cualquier dependiente del participante adulto que resida con ellos.
2. Escriba la cantidad de ingresos (la cantidad antes de impuestos o cualquier otra cosa), la frecuencia de los ingresos (es decir, semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente) recibido el mes pasado por cada persona incluida en la lista y de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos (consulte los ejemplos a continuación para conocer los tipos de ingresos que debe informar). Si alguna cantidad el mes pasado fue menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de la persona.
3. Un miembro adulto del hogar debe firmar esta declaración de elegibilidad de ingresos y dar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en la PARTE 5

Conversión mensual de ingresos:    Semanal X 4.33            Cada 2 semanas X 2.15            Dos veces al mes X 2

**INGRESOS PARA INFORMAR**

<b>Ganancias del empleo</b>	<b>Pensions/Retirement/Social Security</b>	<b>Otros ingresos</b>
Salarios/Sueldos/Propinas Beneficios de huelga Compensación por desempleo Compensación del trabajador Ingresos netos de negocios o granjas propias	Pensiones Ingresos de Seguridad Suplementarios Ingresos de jubilación Pagos de veteranos Seguridad Social	Beneficios por discapacidad Efectivo retirado de los ahorros Intereses / Dividendos Ingresos de Estados / Fideicomisos / Inversiones Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar Regalías / anualidades netas Ingresos netos de alquiler Cualquier otro ingreso
<b>Bienestar/ Manutención Niños/ Pensión Alimenticia</b>	<b>Hogares Militares</b>	
Pagos de asistencia pública Pagos de bienestar Pagos de pensión alimenticia/ Manutención de Niños	Todos los ingresos en efectivo, incluyendo los militares subsidios de vivienda / uniformes. No incluye beneficios "en especie" NO pagado en efectivo (vivienda base, ropa, atención médica de alimentos, etc.)	

**4- IDENTIDAD ÉTNICA / RAZA: Complete la pregunta de identidad étnica/raza.**

Seleccione la identidad étnica y la raza del participante.

**5- FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:**

Todos los hogares completan esta parte.

1. Todas las declaraciones de elegibilidad deben tener la firma de un miembro adulto del hogar o del participante.
2. Si el participante califica por ingresos, el miembro adulto del hogar que firma la declaración debe incluir **los últimos cuatro dígitos** de su número de seguro social. Si él/ella no tiene un número de seguro social, coloque una marca de "verificación" en la casilla junto a "Marque si no tiene SSN". Si incluyó un número de SNAP, Medicaid, SSI o FDPIR, no se necesitan los últimos cuatro dígitos de un número de seguro social.

**Estimado participante o miembro adulto del hogar,**

Por favor, ayúdenos a cumplir con el requisito federal que exige la presentación anual de las Aplicación de Elegibilidad del programa. Esta aplicación se utilizará solo para la determinación de elegibilidad; luego se colocará en nuestros archivos y se tratará como información confidencial. Para que los participantes y el centro de cuidado sean considerados elegibles para los beneficios del programa, el participante o un miembro adultos del hogar debe completar la Aplicación de Elegibilidad de Ingresos del Programa para cada participante inscrito en el centro lo antes posible, firmarla, fecharla y devolverla al centro de cuidado. No es obligatorio que llene la aplicación, a menos que usted quiere ser considerado con derecho a un participante para comidas gratuitas o a precios reducidos.

**Medicaid, SNAP, Ingresos de seguridad suplementarios (SSI) o Participantes del Programa de distribución de alimentos en reservas Indias (FDPIR):** Si el participante actualmente recibe SNAP, SSI, Medicaid o FDPIR, indique su número de participación en el programa, firme, feche y devuelva la aplicación.

**Ingresos del hogar:** Si el participante no participa en ninguno de los programas mencionados anteriormente, pero el ingreso del hogar del participante está en o por debajo del nivel que se muestra en la siguiente escala, el participante es elegible para comidas gratuitas o de precio reducido. Para solicitar beneficios de comida, se debe proporcionar la siguiente información o la aplicación no podrá ser aprobada.

- \* **Miembros del hogar:** Enumere los ingresos del participante y, si reside con el participante, su esposo/a y cualquier dependiente del participante adulto que resida con ellos.
- \* **Ingresos actuales:** Indique la cantidad de ingresos que recibió cada persona (participante, esposo/a e hijos dependientes) el mes pasado (ANTES de las deducciones por impuestos, seguridad social, etc.), frecuencia de ingresos y de dónde proviene, como salarios, jubilación o asistencia pública. Si el ingreso de cualquier miembro del hogar el mes pasado fue mayor o menor de lo habitual, indique el ingreso mensual promedio esperado de esa persona.
- \* **Firma:** un miembro adulto del hogar o el participante debe firmar la aplicación.
- \* **Número de seguro social:** Si el participante califica por ingresos, escriba los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma la aplicación. Si ese adulto no tiene un número de seguro social, ponga una marca de verificación en la casilla que se encuentra al lado de “Marque si no tiene SSN”.

**Si tiene un miembro del hogar de quién el ingreso del mes pasado fue más alto o bajo de lo habitual, indique el ingreso mensual promedio esperado de esa persona.**

**DIRECTRICES REDUCIDAS EFECTIVO 1 DE JULIO DE 2023 - 30 DE JUNIO DE 2024\***

TAMAÑO DEL HOGAR	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso quincenal	Ingreso bimensual	Ingreso semanal
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
<b>Para cada miembro adicional de la familia agregue:</b>	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183

Puede enviar una aplicación de elegibilidad del programa en cualquier momento durante el año fiscal. Los participantes con desempleo son elegibles para comidas gratuitas o de precio reducido durante el período de desempleo, siempre que la pérdida de ingresos haga que los ingresos de la familia durante el periodo de desempleo estén dentro de los estándares de elegibilidad para esas comidas.