

**PROGRAMA DE SUMINISTRO DE ALIMENTOS PARA EL VERANO  
COMUNICADO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA**

Estimado Padre/Tutor:

El suministro de alimentos nutritivos a los niños es un creciente desafío y requiere tomar ventaja de todos los recursos disponibles para conseguir los fondos necesarios. Uno de estos recursos es el reembolso en efectivo del gobierno federal que provee el programa de Suministro de Alimentos para el Verano, conocido en inglés con las siglas (SFSP). Los reembolsos nos permiten dar un mejor servicio a los niños.

Para ayudar a nuestro programa a recibir estos fondos, favor de completar, firmar, y regresar el adjunto formulario confidencial de Elegibilidad para Campamentos y Otros Sitios Participantes tan pronto como le sea posible. Las instrucciones para completar la información para elegibilidad se encuentra al reverso de esta forma.

La gráfica de esta página se usa para determinar la elegibilidad del niño/lugar para recibir alimentos del programa SFSP. Si el ingreso de la familia del niño está al nivel o más abajo de las cantidades de la gráfica, el niño es elegible para recibir alimentos del programa SFSP.

Los patrocinadores de Lugares Participantes cerrados reciben reembolso por servir alimentos a todos los niños que asisten a este sitio si el 50 por ciento de ellos son elegibles.

Los patrocinadores de Campamentos de residencia reciben reembolso sólo por los niños cuyo ingreso se encuentra dentro del criterio de elegibilidad.

<b>LOS GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES CAMPAMENTOS Y OTROS SITIOS PARA Julio 1, 2017–Junio 30, 2018</b>					
<b>PERSONAS EN HOGAR</b>	<b>ANUAL</b>	<b>MENSUAL</b>	<b>QUINCENAL</b>	<b>CADA DOS SEMANAS</b>	<b>SEMANAL</b>
<b>1*</b>	\$ 22,311	1,860	\$ 930	\$ 859	\$ 430
<b>2</b>	30,044	2,504	1,252	1,156	578
<b>3</b>	37,777	3,149	1,575	1,453	727
<b>4</b>	45,510	3,793	1,897	1,751	876
<b>5</b>	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
<b>6</b>	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
<b>7</b>	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
<b>8</b>	75,442	6,371	3,186	2,941	1,471
<b>Para cada miembro adicional del hogar añade:</b>	\$ 7,733	\$ 645	\$ 323	\$ 298	\$ 149

Necesita la siguiente información para completar el formulario:

- El ingreso total de cada uno de los miembros de la familia, y la frecuencia con que lo reciben.
- Los nombres de todos los miembros de la familia; y
- El número de Seguro Social de un miembro adulto de la familia o de la persona que firma la solicitud. Si esta persona no tiene número de Seguro Social, escriba « ninguno » o « 0 » al lado de su nombre.

Muchas gracias por su cooperación.

FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO	TÍTULO	FECHA
NOMBRE DEL SITIO/NÚMERO DE SESIÓN		

**FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD PARA CAMPAMENTOS Y OTROS SITIOS PARTICIPANTES**

**PARTE 1 – NOMBRE DEL NIÑO :** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

**PARTE 2A – FAMILIAS QUE RECIBEN ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS, CALWORKS, KIN-GAP, BENEFICIOS DE FDPIR, O PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE LA LEY DE INVERSION DE LA FUERZA LABORAL (WIA) :**

Complete una de las siguientes casillas y la PARTE 3 – NO COMPLETE LA PARTE 2B.

ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS Número del Caso	CALWORKS (Número)	KIN-GAP (Número)	FDPIR (Número)	Participante de WIA MARQUE (x) <input type="checkbox"/>
---	-------------------	------------------	----------------	--

**PARTE 2B. – OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:** Complete esta parte y firme la declaración en la PARTE 3 solamente si usted NO recibe Estampillas para Alimentos, CalWORKs, Kin-GAP, no recibe beneficios de FDPIR, no participa en el programa WIA, y no completó la PARTE 2A.

NOMBRES		INGRESO ACTUAL/FRECUENCIA							
Nombres de todos los miembros de la familia (incluyendo el del niño participante, padres, hermanos, y cualquier otra persona que viva en el hogar)	Identifique cada niño que participa	Ingresos por Empleo		Beneficios de Welfare, Ayuda para el sostenimiento de los hijos. Pensión de divorcio		Pagos recibidos de Pensiones, Jubilación, Seguro Social		Ingresos obtenidos de un Segundo empleo o cualquier otro ingreso	
		Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
1. _____	_____	1. _____	_____	1. _____	_____	1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____	2. _____	_____	2. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	3. _____	_____	3. _____	_____	3. _____	_____	3. _____	_____
4. _____	_____	4. _____	_____	4. _____	_____	4. _____	_____	4. _____	_____
5. _____	_____	5. _____	_____	5. _____	_____	5. _____	_____	5. _____	_____
6. _____	_____	6. _____	_____	6. _____	_____	6. _____	_____	6. _____	_____
7. _____	_____	7. _____	_____	7. _____	_____	7. _____	_____	7. _____	_____

**PARTE 2C – NIÑO ADOPTIVO:** Complete esta parte y firme la declaración en la Parte 3. Si el niño esta incluido en la PARTE 1 y es un niño adoptivo, marque aquí , anote aquí el ingreso del niño y la frecuencia con que lo recibe: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semana, mes, año).

**PARTE 3 - FIRMA:** un miembro adulto de la familia debe firmar esta declaración y completar la información requerida antes de que la solicitud pueda ser aprobada.

Certifico que toda la información aquí proporcionada es verdadera y correcta y que la participación en los programas de Estampillas de Alimentos, CalWorks, Kin-Gap, FDPIR o WIPI es correcta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información ha sido proporcionada con el propósito de recibir fondos federales; y que los oficiales de esta institución podrían verificar la información proporcionada en la declaración y que la deliberada inclusión de falsa información podría resultar en prosecución de acuerdo a la ley tanto estatal como federal.

FIRMA DE UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA	IMPRIMA SU NOMBRE	SEGURO SOCIAL * xx-xxxx- <input type="checkbox"/> Indica aquí si no ay número de Seguro Social		
FECHA DE LA FIRMA	NUMERO DE TELEFONO DE CASA	NUMERO DE TELEFONO DEL EMPLEO	DOMICILIO	ZONA POSTAL

**PARTE 4 – IDENTIFICACION RACIAL/ETNICA:** Esta sección es **OPCIONAL**. Esta información se requiere con el sólo propósito de adquirir datos estadísticos. Indique en el cuadro la categoría racial/étnica del niño.

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Oriundo de Hawaii o de Otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indígena americano u Oriundo de Alaska
---------------------------------	--	---	-----------------------------------	--	---

\* **El Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9)** requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, [KinGAP], FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el Seguro Social del adulto miembro de la familia que firma la solicitud o indicar que el miembro de la familia que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. No es obligatorio dar el Seguro Social, pero si no se da un número de Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número de Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro de la familia para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de la revisión del programa, la comprobación de cuentas, e investigaciones y pueden incluir hacer contacto con la oficina de empleos para determinar ingreso, beneficios, contacto con la oficina de empleo del estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para averiguar la documentación proporcionada por los miembros de la familia para luego comprobar la cantidad de ingreso recibida. Estos esfuerzos pueden resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración o acciones legales si se reporta información incorrecta.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

**NO LE CORRESPONDE DAR LA SIGUIENTE INFORMACION**

MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY . . . . . X 4.33 EVERY 2 WEEKS . . X 2.15 TWICE A MONTH . . X 2	HOUSEHOLD SIZE  _____	TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY INCOME  \$ _____	NOT ELIGIBLE <input type="checkbox"/> CATEGORICALLY ELIGIBLE <input type="checkbox"/> HOUSEHOLD SIZE/INCOME ELIGIBLE <input type="checkbox"/>
AUTHORIZED REPRESENTATIVE:			DATE:

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD PARA CAMPAMENTOS Y SITIOS PARTICIPANTES

Favor de completar el formulario de Elegibilidad para el Programa de Alimentos de Verano para Campamentos y Sitios Participantes usando las siguientes instrucciones. Firme el formulario y devuélvalo a la organización patrocinadora. Llame al patrocinador al teléfono \_\_\_\_\_ si necesita ayuda.

(Número de teléfono del patrocinador)

### PARTE 1 – INFORMACION DEL PARTICIPANTE: COMPLETEN ESTA PARTE TODAS LAS FAMILIAS.

(1) Imprima el nombre del participante.

**PARTE 2A – FAMILIAS QUE RECIBEN ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS O AYUDA DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO DE CALIFORNIA Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs) O DEL PROGRAMA DE AYUDA POR PARENTESCO O TUTELA (Kin-GAP), BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN LAS RESERVAS INDIGENAS (FDPRI) , O PARTICIPAN EL PROGRAMA DE LA LEY DE INVERSION EN LA FUERZA LABORAL (WIA).** (1) Para el Programa de Estampillas de Alimentos, anote el número vigente de su caso, el número de identificación de CalWORKS, Kin-Gap y de FDPRI, o marque la casilla si la persona anotada en la Parte 1 participa en el programa WIA.

(2) Complete la PARTE 3. (No complete la PARTE 2B)

### PARTE 2B – TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros del hogar, incluyendo a los niños participantes.
- (2) Marque en la línea apropiada al lado de cada niño que participa en este programa
- (3) Escriba la cantidad y la frecuencia de los ingresos (por ejemplo: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual) que recibió el mes pasado cada miembro de la familia. Este ingreso es la cantidad que recibe antes de rebajar impuestos y otras cosas o sea la ganancia bruta. Especifique la fuente de ingresos en la columna apropiada. Dichos ingresos pueden provenir de salarios, welfare, pensiones, y otros tipos de ingreso (consulte los ejemplos dados en la sección de « definición de ingreso » para ver que tipo de ingreso debe reportar. Si cualquier cantidad de ingreso del mes pasado fue mayor o menor que la que recibe regularmente, anote el ingreso regular de la persona.

(4) Un miembro adulto de la familia debe firmar y dar su número de Seguro Social en la PARTE 3 (Vea la PARTE 3 para algunas excepciones).

### PARTE 2C – NIÑO ADOPTIVO: COMPLETE ESTA PARTE y la PARTE 3.

- (1) Anote el ingreso del niño adoptivo (para uso personal). Anote “0” si el niño adoptivo no recibe ingresos para (fines personales).
- (2) El padre adoptivo u otra persona que represente oficialmente al niño debe firmar la solicitud.

### PARTE 3 – FIRMA Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL ( UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA DEBE COMPLETAR ESTA SECCION):

- (1) Todas las formas de elegibilidad deben tener la firma de un adulto miembro de la familia.
- (2) El miembro adulto de la familia que firma la declaración debe incluir su número de Seguro Social, a menos que haya completado la PARTE 2A o no tiene número de Seguro Social. Si la persona no tiene número de Seguro Social, a menos que haya completado la PARTE 2A, o si no tiene número de Seguro Social. Si la persona no tiene número de Seguro Social, debe escribir « ninguno » o « 0 ».

### PARTE 4 – IDENTIFICACION RACIAL/ETNICA:

No se requiere que conteste esta pregunta para recibir beneficios de alimentos.

### DEFINICION DE INGRESO:

El ingreso declarado con el propósito de calificar para el Programa de Alimentos de Verano se define como el ingreso antes de las deducciones de impuestos, impuestos del seguro social del empleado, primas de seguros, bonos, etc. Entre estos ingresos se encuentran los siguientes :

- (1) Compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldo, salario, comisiones u honorarios;
- (2) Ingreso neto derivado de un empleo por su cuenta que no sea en el campo ;
- (3) Ingreso neto derivado de un empleo por su cuenta en el campo;
- (4) Seguro Social;
- (5) Dividendos o interés de cuentas de ahorros o bonos, de ingresos derivados de herencias o fideicomisos o de ingresos netos de rentas;
- (6) Asistencia pública o pagos de welfare;
- (7) Compensaciones por desempleo;
- (8) Empleado civil del gobierno, militar jubilado, pensiones o pagos para los veteranos;
- (9) Pensiones privadas o pensiones anuales;
- (10) Pensión alimenticia (por divorcio) o pagos para el sostenimiento del niño;
- (11) Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar;
- (12) Derechos de patente netos;
- (13) Otro tipo de ingreso en efectivo. Otro tipo de ingreso en efectivo podría incluir cantidades en efectivo recibidas o sacadas de cualquier fuente de ingresos incluyendo cuentas de ahorros, inversiones, cuentas de fideicomiso, y de otros recursos que estarían disponibles para pagar el precio de la comida del niño.

**ATENCION:** El ingreso no incluye cualquier ingreso o beneficios recibidos bajo algún programa Federal que se considera excluido como ingreso por alguna censura legislativa; por ejemplo, los ingresos que reciben los voluntarios por prestar sus servicios en el Programa Nacional para los Ancianos Americanos.