

Esta Carta al proveedor y el Formulario de Declaración del tamaño e ingreso del grupo familiar (Household Size-Income Statement, HSIS) adjunto debe entregarse a todos los proveedores del área elegibles que quieran reclamar a sus propios hijos, otros niños residentes o niños de crianza residentes para el reembolso de comidas.

Estimado proveedor:

Para establecer la elegibilidad para reclamar a sus propios hijos, otros niños residentes y/o niños de crianza residentes para reembolso según las normas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por siglas en inglés), debe completar el formulario Declaración de tamaño e ingresos del grupo familiar (Household Size-Income Statement, HSIS) y hacerlo llegar a nuestra oficina. Una vez aprobado debidamente como elegible para reclamar a sus hijos residentes, seguirá siendo elegible para reclamarlos por un periodo no superior a los 12 meses, sin importar el cambio en el tamaño del grupo familiar y/o de ingresos o terminación de programas de beneficios durante este periodo de 12 meses. Esta información se mantendrá confidencial en nuestros archivos.

No debe completar este HSIS si nadie en su hogar recibe beneficios de FoodShare WI (el programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)), FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas) o los Wisconsin Works Programs y su ingreso familiar es más alto que el monto indicado para el tamaño de su grupo familiar en la tabla a continuación.

Determinación de la elegibilidad según la participación en programas de beneficios → *Completar la Parte 1 y la Parte 3 en el formulario HSIS*

Sus hijos residentes recibirán tasas de reembolso de comidas de Nivel 1 si su grupo familiar recibe beneficios de FoodShare WI, FDPIR, o WI Works Programs. Los **Wisconsin Works Programs** es el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) de Wisconsin. **It provides work placement and training programs and IS NOT the WI Child Care Subsidy Program.** Los programas de WI Works incluyen el programa de asignación de empleo de prueba (TEMP), Trabajos de servicio comunitario (CSJ), Transiciones W-2 (W-2T), Manejo de caso, Progenitor con custodia de un niño (CMC), Servicios para padres menores de edad, Padres sin custodia y mujeres embarazadas, Learnfare y pagos de emergencia.

Debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-c) para la elegibilidad basada en recibir beneficios de FoodShare WI, FDPIR, WI Works Programs:

- (a) Los nombres de sus hijos y/o los otros niños residentes;
 - (b) Casilla marcada para el beneficio que recibe su grupo familiar y su número de caso; y
 - (c) La firma de un miembro adulto en el grupo familiar y la fecha de firma.
- NO indique los números de caso para: Medicaid, SSI, O el programa de Subsidio para cuidado infantil de Wisconsin (Wisconsin Child Care Subsidy) Y
 - NO indique el número de 16 dígitos de la tarjeta Quest (empieza con 5077) para FoodShare WI

Determinar la elegibilidad por tamaño e ingresos del grupo familiar → *Completar la Parte 2 y la Parte 3 en el formulario HSIS*

Escala de tamaño e ingresos del grupo familiar (efectivo a partir del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025)

Tamaño del hogar	Nivel de ingreso anual (igual o inferior a)
1	\$ 27,861
2	\$ 37,814
3	\$ 47,767
4	\$ 57,720
5	\$ 67,673
6	\$ 77,626
7	\$ 87,579
8	\$ 97,532
Por cada miembro adicional del grupo familiar, debe sumar:	+\$ 9,953

Si su grupo familiar gana un ingreso total que es mejor o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, recibirá un reembolso de comida por sus hijos residentes inscritos.

Para determinar la elegibilidad basada en el tamaño e ingreso de su grupo familiar, debe incluir la siguiente información en el formulario HSIS (a-e):

- (a) Nombres completos de todos los miembros del grupo familiar que comparten ingresos y gastos, incluidos hijos, padres y personas sin parentesco.
- (b) El ingreso recibido por cada miembro del grupo familiar por fuente de ingreso y la frecuencia de pago;
- (c) Número total de miembros del grupo familiar;
- (d) La firma de un miembro adulto del grupo familiar y la fecha de firma; y
- (e) Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma el HSIS o una indicación de que no tienen un número del seguro social.

• No es necesario revelar la ciudadanía estadounidense o estado migratorio y no es una condición de elegibilidad para tasas de reembolso de comida más altas.

Elegibilidad de niños en casa de crianza, niños fugados, sin hogar y migrantes y niños en Head Start: Si su grupo familiar no califica por sus propios hijos según la información proporcionada en este formulario, cualquier niño que resida en su hogar que sea un niño de crianza, fugado, sin hogar o migrante o es un niño inscrito en el programa Head Start calificará para las tasas de comida del Nivel 1 cuando se proporcione la documentación respectiva indicada a continuación. **El estatus de elegibilidad para el Nivel 1 de estos niños no se extiende a otros niños en el grupo familiar. Se requiere la documentación respectiva para que esos**

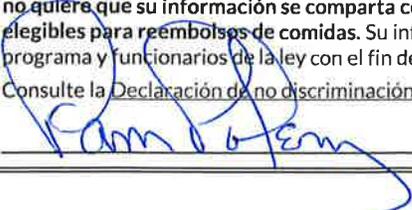
niños sean elegibles para las tasas del Nivel 1:

- **Niños en casa de crianza:** Su formulario HSIS completado con la casilla «Niño en casa de crianza» marcada junto a los nombres de sus niños de crianza. Al incluirlos en su HSIS completado para sus niños no de crianza, cualquier ingreso reportado para sus hijos niños de crianza solo debe ser para su uso personal. Entonces sus hijos de crianza serán elegibles para las tasas de reembolso de comida del Nivel 1. La elegibilidad de sus niños no de crianza se basará en la información de beneficios o ingresos proporcionada en el formulario HSIS completado de su grupo familiar.
- **Niños inscritos en Head Start:** Certificación inscrita del periodo de elegibilidad para inscripción en Head Start de su hijo de la agencia que gestiona Head Start.
- **Niños fugados de casa, sin hogar o migrantes:** Certificación escrita del estado del niño de un funcionario responsable del programa para jóvenes fugados y sin hogar, programa de educación de migrantes o funcionario escolar.

Declaración de uso de información: La Ley nacional de almuerzo escolar Richard B. Russel exige la información en este formulario. No está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, no se le permitirá reclamar a sus sus niños residentes para el reembolso de comidas. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario, a menos que: El HSIS sea solo para su niño(s) de crianza; indique un número de caso para recibir FoodShare WI, WI Works Programs o FDPIR; o cuando el miembro del hogar que firma el HSIS marca «Ninguno» por no tener un número de seguro social.

Compartir información de elegibilidad: La información de elegibilidad para comidas de los niños se podrá compartir, de acuerdo con los requisitos de protección de la divulgación sin notificación previa, con programas de educación, salud y nutrición para evaluar su elegibilidad para beneficios. La ley nos permite compartir la información de elegibilidad de sus niños con programas como Medicaid o BadgerCare para asegurar su acceso a seguro médico gratuito o a bajo costo, a **menos que usted nos diga que no lo hagamos.** La información se puede usar solo para determinar la elegibilidad para sus programas; si sus niños son elegibles, ellos se pueden poner en contacto con usted para ofrecer las opciones de inscripción. Rellenar este formulario HSIS no inscribirá automáticamente a sus niños en esos programas. **Si no quiere que su información se comparta con esos programas, debe notificarnos por escrito. Esta notificación no cambiará si las comidas de sus niños son elegibles para reembolsos de comidas.** Su información de elegibilidad proporcionada en el formulario HSIS también se podrá compartir con auditores para revisar el programa y funcionarios de la ley con el fin de investigar violaciones de las normas del programa.

Consulte la **Declaración de no discriminación de USDA y el procedimiento para presentar quejas.** Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



Firma del representante patrocinador

DECLARACION DE TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)

Para proveedores elegibles de datos escolares/del censo que declaren los propios hijos del proveedor/niños residentes/niños de crianza: Complete y entregue a su proveedor para establecer la elegibilidad de sus propios hijos, otros niños que residan en su hogar y/o niños de crianza residentes.

Consulte la Carta al proveedor adjunta para instrucciones sobre cómo completar este formulario.

Nombre y apellido del niño(s) residente(s)	Nombre/número del proveedor
--	-----------------------------

PARTE 1: BENEFICIOS

¿Alguno de los miembros del hogar participa actualmente en FoodShare WI, WI Works Programs o FDIR?
 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"/> FDIR (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 para CACFP. _____
--	--

PARTE 2: TAMAÑO E INGRESO DEL HOGAR TOTAL

Si no completó la Parte 1, complete a, b y c abajo; después vaya a la Parte 3.

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

Nombres de los miembros del grupo familiar	Opcional Edad	Marque si es niño de crianza	Marque si no tiene ingresos	Salarios brutos, ingreso neto (auto-empleado), propias, comisiones, bonos, pagas y asignaciones militares, complementos de trabajo, beneficios por huelga, desempleo	Cada 2 semanas				Mensual				Anual							
					Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Annual	
Miembro del grupo familiar: cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no está emparentada con usted.		<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 número total de miembros del hogar: _____

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.

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	Ultimos 4 dígitos del n.º del seguro social (o marque «Ninguno» si no tiene n.º del seguro social) ***_**_ <input type="checkbox"/> Ninguno
Dirección	Número de teléfono durante el día	Correo electrónico

FOR SPONSORING ORGANIZATION USE ONLY - Complete all 3 sections

Section 1: Basis of Determining Eligibility (A or B)	Section 2: Eligibility Determination	Section 3: Determining Official's Initials/Approval Date and Effective Month of Determination
A. Household Size & Income Total Household Size _____ *Total Income \$ _____ / _____ (\$ Amount) (Time Period)	B. Benefits/Foster <input type="checkbox"/> FoodShare WI <input type="checkbox"/> W-2 Programs <input type="checkbox"/> FDIR <input type="checkbox"/> Foster Child(ren)	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible Initials/Date: _____ **Effective Month of Determination: _____ Month/Year

*Convert to yearly income only when multiple pay frequencies are reported, using only these multipliers:

Weekly x 52	Twice a month x 24
Every 2 weeks x 26	Monthly x 12

**This form expires one year from the Effective Month of Determination.