

Estimado padre/madre o tutor: **Nombre del proveedor** _____ **Número de proveedor** _____

Su hijo(s) está inscrito para servicios de cuidado infantil con el proveedor domiciliario mencionado a la derecha. Este proveedor ha sido autorizado para recibir fondos de CACFP para las comidas que se sirven a los niños hasta _____

La organización patrocinadora está aprobada por el Departamento de Instrucción Pública (Department of Public Instruction, DPI) de Wisconsin para distribuir reembolsos de comida de CACFP a los proveedores emitidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA). Las tarifas de reembolso de comidas más altas (Nivel 1) se podrían pagar a su proveedor por las comidas que sirve a sus hijos cuando su grupo familiar recibe los beneficios especificados o cumple los criterios mencionados a continuación O si tiene un ingreso total igual o inferior al monto indicado para su tamaño del grupo familiar en la tabla de abajo.

Por favor responda y haga llegar el formulario adjunto de Declaración de ingresos y tamaño del grupo familiar (Household Size-Income Statement, HSIS) para que la organización patrocinadora determine qué tasa de reembolso de comidas se pagará a su proveedor por las comidas que sirve a su(s) hijo(s).

Solo se requiere completar un solo HSIS para todos los niños en su grupo familiar. Si su grupo familiar no cumple los criterios de elegibilidad, agradeceríamos que nos haga llegar el formulario HSIS con «N/A» (no aplica) escrito junto con su firma y la fecha.

Si se determina que es elegible para tarifas de comida de Nivel 1, sus hijos seguirán siendo elegibles por un período no superior a los 12 meses, independientemente de cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar y/o de ingresos o de la terminación de programas de beneficios durante este período de 12 meses. Esta información se mantendrá confidencial.

➤ No está obligado a entregar un HSIS relleno para que sus hijos participen en CACFP.

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

Su proveedor recibirá las tasas de reembolso de comidas de Nivel 1 que sirven a sus hijos si su grupo familiar recibe beneficios de FoodShare, el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) de Wisconsin, FDIPIR (Programa de distribución de alimentos para reservas indígenas), programas de WI Works, WIC (el programa de nutrición suplementaria especial para mujeres, lactantes y niños), Respite Care (cuidado de relevo), y/o TEFAP (el Programa de asistencia alimentaria de emergencia).

Los Wisconsin Works Programs es el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) de Wisconsin. Ofrece asistencia de dinero temporal a través de la colocación laboral y programas de capacitación y NO ES el programa de Subsidio para cuidado infantil (Child Care Subsidy Program) de WI. 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, FDIPIR, programas de WI Works, WIC, Respite Care o TEFAP:

- (a) Los nombres de sus niños inscritos;
 - (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 inferior o igual a los niveles de ingreso indicados en esta tabla, sus hijos serán elegibles para tasas de reembolso de comida de Nivel 1.

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 de crianza, niños fugados, sin hogar y migrantes y niños en Head Start y almuerzo escolar gratuito/a precio reducido: Si su grupo familiar no cumple los criterios de elegibilidad mencionados en esta carta, cualquier niño que resida en su hogar que sea un niño de crianza, fugado, sin hogar o migrante, esté inscrito en el programa Head Start o califique para Almuerzos/desayunos escolares a precio reducido, calificará para las tarifas de reembolso de comida del Nivel 1 cuando se proporcione la documentación respectiva indicada a continuación. **La elegibilidad de esos niños para las tarifas de reembolso de comidas de Nivel 1 no se extiende a otros niños en su grupo familiar:**

- **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.
- **Elegible para gratuidad/precio reducido para programas de almuerzo nacional escolar o de desayuno escolar:** copia de la carta de determinación de la escuela respecto a la elegibilidad para comidas gratuitas/a precio reducido.

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, sus hijos no serán elegibles para las tarifas de comida de Nivel 1. 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 es solo para su niño(s) de crianza; indique un número de caso para recibir los programas mencionados anteriormente; 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.

Enviar el HSIS rellenado para determinación de la elegibilidad: Debe enviar su HSIS rellenado para que el patrocinador determine la elegibilidad. Su proveedor puede ofrecerse a recoger los HSIS rellenados de las familias con niños inscritos y después enviarlos al patrocinador para que determine la elegibilidad. Si su proveedor se ofrece a recoger el HSIS rellenado, **usted puede elegir enviar su HSIS rellenado de las siguientes formas:**

- **Entregar su HSIS rellenado a su proveedor** con su consentimiento (colocando sus iniciales en la declaración de consentimiento del miembro del grupo familiar en la Parte 3 del HSIS) para que ellos envíen el HSIS rellenado al patrocinador en su nombre; ○
- **Enviar su HSIS rellenando directamente al patrocinador** por correo electrónico, correo postal o fax al patrocinador a:

Nombre	WECA	Correo electrónico	foodprogram@wisconsinearlychildhood.org	Dirección	2908 Marketplace Dr. Suite 101 Fitchburg, WI 53719	Fax	866-222-9520
--------	------	--------------------	---	-----------	--	-----	--------------

WECA tiene prohibido compartir cualquier información sobre la elegibilidad de sus hijos o su determinación de elegibilidad con su proveedor.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame Margaret Mundt con WECA a 608-729-1022

Firma del representante patrocinador
Mary Mahl

DECLARACION DE TAMAÑO E INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR (HSIS)

Para establecer la elegibilidad para el Nivel 1 para niños inscritos en hogares de Nivel 2: Un miembro adulto del grupo familiar debe enviar este formulario relleno a la organización patrocinadora o al proveedor con su consentimiento (colocando sus iniciales en la declaración de consentimiento en la Parte 3) Consulte la Carta para el grupo familiar adjunta para instrucciones sobre cómo completar este formulario.

Nombre y apellido del niño(s) inscrito(s)	Organización patrocinadora	Nombre/número del proveedor
---	----------------------------	-----------------------------

PARTE 1: BENEFICIOS

¿Alguno de los miembros del hogar participa actualmente en FoodShare WI, Programas de WI Works, FDIPIR, WIC, Respite Care o TEFAP? 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"/> 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 el Nivel 1.
_____ |
| <input type="checkbox"/> FDPIR (Número de caso de 10 dígitos):
_____ | <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo <input type="checkbox"/> TEFAP
Caso n.º: _____ |

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				Cada 2 semanas				Cada 2 semanas			
					Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual
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 n.º total de miembros del grupo familiar:

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, el proveedor domicilio que cuida a mis hijos podría perder el Reembolso de comidas, y yo puedo ser enjuiciado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.		
Firma de un miembro adulto del hogar	Fecha de firma <i>Mes/Día/Año</i>	Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social (o marque «Ninguno» si no tiene n.º del seguro social) ***_**- _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
_____ coloque sus iniciales aquí si ha dado su consentimiento para que su proveedor recopile y reenvíe el HSIS rellenos al patrocinador con el entendimiento de que el proveedor no tendrá permitido revisar su HSIS relleno. Si elige no dar ese consentimiento, puede enviar por correo electrónico, correo postal o fax su HSIS relleno directamente al patrocinador usando la información de contacto mencionado en el Carta del grupo familiar entregada junto con este formulario.		
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"/> Receives ≥ 1 of 6 Qualifying Benefits <input type="checkbox"/> Foster Child(ren)	<input type="checkbox"/> Tier 1 Eligible <input type="checkbox"/> Tier 2 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.