PDC100
PATERSON DAY CARE 100

2026 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS
FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD

(CACFP Eligibility Application)

NOMBRE(S) Y EDAD(ES) DEL PARTICIPANTE(S):

(Nombre) *(Edad)* *(Nombre)* *(Edad)*

OPCIONAL: *IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA DEL PARTICIPANTE*

Marque una identidad étnica:

[ ] Hispano o Latino [ ] Ni Hispano ni Latino

Marque una o más identidades raciales:

[ ] Amerindio o nativo de Alaska [ ] Asiático
[ ] Negro o afroamericano [ ] Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico [ ] Blanco

Información de Matriculación

Marque (■) por cada día que el participante es matriculado, horas, y el tipo de comida servida:

LOS DÍAS DEL CUIDADO: ☐ *LUNES* ☐ *MARTES* ☐ *MIERCOLES* ☐ *JUEVES* ☐ *VIERNES* ☐ *SABADO* ☐ *DOMINGO*

LAS HORAS DEL CUIDADO: ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___
Turno Alternativo(Si es Pertinente) ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___ ___-___

TIPO DE COMIDA SERVIDA: ☐ ***DESAYUNO*** ☐ ***SUPLEMENTO DE MAÑANA*** ☐ ***ALMUERZO*** ☐ ***SUPLEMENTO DE TARDE*** ☐ ***CENA***

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS NIÑOS SOLAMENTE

OPCIÓN 1A: **BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o *Cupones para alimentos),* Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).**

Si está recibiendo SNAP, TANF o FDPIR para su hijo, anota UNO de los números del caso.

Número de caso de SNAP: _____ -O- **Número de caso de TANF:** _____ -O- **Número de caso de FDPIR:** _____

OPCIÓN 1B: **HIJO DE CRIANZA (BAJO TUTELA LEGAL DE UNA AGENCIA DE BENEFICENCIA O EL TRIBUNAL)**

Si está aplicando para un hijo de crianza, marque la caja abajo. Por favor, escribe el monto de ingresos para "uso personal" (como por ejemplo ropa, honorario de la escuela, etc.) que el niño recibió el mes pasado.

HIJO DE CRIANZA ☐ **INGRESOS $**_____

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE LOS ADULTOS SOLAMENTE

OPCIÓN 2: **BENEFICIOS de Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP, o *cupones para alimentos)*, Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), Ingreso de Seguro Social (SSI) o Beneficios de Medicaid.**

Si está recibiendo SNAP, FDPIR, ingreso de seguro social, o Medicaid, anota UNO de los números del caso:

Número de caso de SNAP: _____ **-O- de FDPIR:** _____ **-O- de SSI:** _____ **-O- de Medicaid:** _____

OPCIÓN 3: **ELIGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR -** COMPLETE ESTA PARTE SI NO COMPLETÓ OPCIÓN 1A, OPCIÓN 1B, OR OPCIÓN 2

Anota la siguiente información: Miembros de la unidad familiar, número de seguro social, e ingresos mensuales.

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: (*Pariente o Sin Parentesco*)	INGRESO MENSUAL *(Anota una columna o más – antes de las deducciones)*				
	INGRESOS (MENSUALES) POR TRABAJO	MENSUALES SEGURO SOCIAL PENSIONES JUBILACIÓN	MENSUALES COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	MENSUALES ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN PARA HIJOS PENSIÓN ALIMENTICIA	INGRESOS POR UN SEGUNDO TRABAJO O CUALQUIER OTRO INGRESO MENSUAL
1.	$	$	$	$	
2.	$	$	$	$	
3.	$	$	$	$	
4.	$	$	$	$	
5.	$	$	$	$	
6.	$	$	$	$	
7.	$	$	$	$	
8.	$	$	$	$	
9.	$	$	$	$	
10.	$	$	$	$	

NUMERO ACTUAL DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR: ***(INCLUYENDO EL PARTICIPANTE):*** _____ $_____

INGRESO ACTUAL (Total): _____

FIRMA DE ADULTO y LOS ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ***(Lee la Declaración de Privacidad abajo)***

Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar y poner la fecha abajo. También anota los últimos cuatro dígitos del número de seguro social. Si usted no tiene un número de seguro social, marque la caja ☒) - "No tengo un número de seguro social".

LAS CONSECUENCIAS DE MALA REPRESENTACIÓN: Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que toda la información de cupones para alimentos, ingresos de seguro social, numero de Medicaid, e ingresos es verdadera y que declaré todos los ingresos. Comprendo que el centro del proveedor recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios del programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas podría perder sus beneficios de comidas y a mí se me podría procesar judicialmente. ***Un Miembro Adulto de la Unidad Familiar debe firmar esta parte:***

Firma: _____ Dirección: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha: _____ Numero de Teléfono : _____

Los últimos cuatro (4) dígitos de seguro social: X X X - X X - _____ ☐ **No tengo número de Seguro Social**

Declaración de Privacidad: La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que damos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para el participante. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no se requiere si usted provee un numero de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para el participante, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma su solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si el participante reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir el programa.

NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO OFICIAL.
TO BE COMPLETED BY DAY CARE AGENCY ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Determination: Free _____ Reduced _____ Paid _____

Signature of Determining Official: _____ Date_____

TOTAL MONTHLY INCOME $_____

Conversion factors to figure monthly income: Weekly x 4.33
Twice a month x 2
Every 2 weeks x 2.15

2025-2026 PROGRAMA DE ALIMENTACÍON DE NIÑOS Y ADULTOS CARTA A LOS PAPAS/PARTICIPANTES

Estimados Padres/Participante:

Nuestra agencia es dependiente en el Programa de Alimentación de Niños y Adultos para poder ofrecer comidas gratuitas o a precios reducidos a nuestros participantes. Es necesario completar toda la información para recibir el reembolso máximo del Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA). Usted puede completar la aplicación para todos los participantes que son miembros de la unidad familiar.

Miembros de la unidad familiar incluye todos que viven en la casa (como abuelos, familia, o amigos) que comparten los ingresos y gastos. Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven en la casa. También puede incluir hijos de crianza (bajo tutela legal de una agencia) que viven con usted. Ya que sea apropiadamente clasificado para los beneficios gratuitos o reducidos por la cantidad de ingresos que declaro o por el número de caso de SNAP, FDPIR, o TANF (SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid para los participantes adultos), su elegibilidad continuará por 12 meses. Si la cantidad de ingresos baja durante el año, deber notificarnos para que podemos hacer los propios cambios.

Los ingresos que usted declaró deben ser los ingresos brutos recibidos por todas las personas en su hogar.

El "Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal" para la comida a un costo reducido está incluido en la parte abaja para su información. Si su ingreso es menor o igual a los estándares abajo, su hijo estará elegible para la Programa de Alimentación de Niños y Adultos, y nuestro centro pueda recibir más fondos para comprar comida más nutritiva para los niños.

Por favor, llene y firma la solicitud para que podemos recibir el reembolso máximo para nuestro centro. No podemos aprobar una aplicación incompleta, así que lee las instrucciones con cuidado y llene toda la información requerida. La solicitud es confidencial y va a quedarse en nuestros archivos.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: **1. Correo***: U.S. Department of Agriculture, Office of the Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, Sw Washington, D.C. 20250-9410; or* ***2. Fax****: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o* ***3. Correo electrónico****: program.intake@usda.gov*

(Nombre del Centro del Proveedor)
New Jersey Department of Agriculture Child and Adult Food Program

(Numero de telefono)
Phone number 609-984-1250

PARA APLICAR, LLENE UNA DE LAS TRES OPCIONES SIGUIENTES:

1. Liste el nombre y apellido del participante.
2. Liste los días, las horas y el tipo de comida servida.

Opción 1A o 1B - PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS:

Liste el número de caso si recibe beneficios de los programas SNAP (cupones para alimentos), FDPIR o "TANF" para su hijo**.** Liste la fecha y firme la solicitud.

Si está aplicando para **un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal)**, marque la caja, liste la fecha y firme la solicitud.

Opción 2 – PARTICIPANTES QUE SON ADULTOS:

Si está recibiendo SNAP (cupones para alimentos), FDPIR, ingreso de seguro social, o beneficios de Medicaid, liste el número de caso y la fecha. Firme la solicitud.

Opción 3 – PARTICIPANTES QUE SON NIÑOS Y ADULTOS:

Si no está recibiendo SNAP (cupones de alimentos), TANF, FDPIR, ingreso de seguro social o beneficios de Medicaid, liste:

3. Nombres de todo los miembros de la unidad familiar que está viviendo en el mismo hogar.
4. Los ingresos brutos para cada miembro.
5. El número actual de los miembros de la unidad familiar. *(#1* **+** *#3 arriba).*
6. Ingreso actual de los miembros de la unidad familiar (bruto).
7. Firme, poner la fecha, y liste los últimos cuatro números del seguro social para el miembro adulto que está firmando la solicitud. Si el miembro no tiene seguro social, marque la caja que dice "No tengo número de seguro social".
8. Liste el nombre del miembro adulto firmando la aplicación.
9. Liste la dirección y número de teléfono del miembro adulto que está firmando la solicitud.

Cuadro de Ingreso de Elegibilidad Federal
Efectivo de 1 de Julio, 2025 hasta el 30 de Junio, 2026

TAMANO DEL HOGAR	REDUCIDO		
	ANUAL	MENSUAL	SEMENAL
1	$20,346 - $28,953	$1,697 - $2,413	$ 393 - $ 557
2	$27,496 - $39,128	$2,293 - $3,261	$ 530 - $ 753
3	$36,646 - $49,303	$2,889 - $4,109	$ 668 - $ 949
4	$41,796 - $59,478	$3,484 - $4,957	$ 805 - $1,144
5	$48,946 - $69,653	$4,080 - $5,805	$ 943 - $1,340
6	$56,096 - $79,828	$4,676 - $6,653	$1,080 - $1,536
7	$63,246 - $90,003	$5,272 - $7,501	$1,218 - $1,731
8	$70,396 -$100,178	$5,868 - $8,349	$1,355 - $1,927
Para cada miembro del hogar adicional agregue:	+10,175	**+848**	**+196**