

CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form Instructions

The Child and Adult Care Food Program (CACFP) makes good food a regular part of your child's day care! Please fill out the *CACFP Meal Benefit Income Eligibility* form. It helps us find out if your household qualifies for free or reduced-price meals. This lets us know how much money CACFP will give to support your day care home or center.

Instructions

Here are instructions to help you fill out the form. Before you begin, turn the form over to learn why we ask for this information. It tells you how we use the information and what rights you have. It also tells you how to contact USDA if you believe you are treated unfairly.

Please make sure to fill in all of the requested information. Use a pen to mark your answers on one form. When you are finished, please return the form to us at:

Center Director

Step 1:

List all the children from your household in the day care. Use one line for each child's name. Write one letter in each box. Stop if you run out of space. If there are more children, add their names on a second piece of paper.

Do you have any foster children? If you answer *Yes*, mark the *Foster Child* box next to the child's name. If you are only applying for foster children, finish Step 1 and go to Step 4. If you are applying for both foster and non-foster children, go to Step 2.

Are any children migrant, runaway, homeless, or enrolled in Head Start? If *Yes*, mark the correct boxes next to the child's name and go to Step 4.

Step 2:

You qualify for free meals if you live in a household that receives Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR).

Do any household members, including you, currently receive SNAP, TANF, or FDPIR? If *Yes*, write the case number in the box and go to Step 4. You only need to provide one case number. If *No*, go to Step 3.

Step 3:

Report current income for all household members. Skip this step if you answered *Yes* in Step 2.

How do you report child income? Turn the form over and use the *Source of Income for Children* chart to see if your household has income to report. Write the amount in the boxes in part A of the form. Mark how often the amount is earned. Write *0* in the box if there is no income to report.

This institution is an equal opportunity provider.

How do you report income of adult household members? Turn the form over and use the *Source of Income for Adults* chart to see if your household has income to report.

In part B, list all the adults in your household, including you, even if each of you doesn't receive income. Include all adults, such as grandparents, other relatives, and friends who live with you and share household income and expenses. Write the amount of income each of you receives, in the boxes next to your names. Mark how often the amount is received. Write 0 in the box if there is no income to report.

Make sure you report the current amount of money you get before taxes. Don't include SNAP, FDPIR, WIC, student financial aid, or money you receive for a foster child as income.

Count the number of all children and adults in your household. Include all infants, children, students, and adults. Write the total number in the box under the list of adult household members.

Do you or another adult household member have a Social Security number? Write the last four digits in the boxes. If there is no Social Security number, mark the *Check if no SSN* box.

Points to Remember:

If:	Then:
Your income isn't always the same	List the amount of money that you normally get. For example, don't include overtime pay, if you don't normally get it. If your income is normally higher or lower, you can report annual income instead.
Your household includes members who aren't citizens	You or your children don't have to be U.S. citizens to qualify for meal benefits.
You are in the military	Don't include your Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), combat pay, or the money you receive for privatized housing. If deployed, count the amount of pay that is made available to your household as income.

Step 4:

An adult household member must sign this form. The signer promises that all information is true and complete.

Print the name, address, and telephone or email of the adult signer. Sign and write today's date in the marked boxes.

Optional

We ask about your children's ethnicity and race to make sure we do our best to serve our community. Providing this information is not required. You won't be denied benefits based on your race, color, national origin, sex, age, or disability.

CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form
Sharing Information with Medicaid and SCHIP

Children who get Child and Adult Care Food Program (CACFP) free or reduced-price meals may also qualify for low cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (SCHIP).

We may share your child's CACFP eligibility information with Medicaid or SCHIP, *unless you tell us not to*. Medicaid and SCHIP *only* use the information to find out if children are eligible for their programs. Their staff may contact you to offer to enroll your children in these health insurance programs.

If you **do not** want us to share your information with Medicaid or SCHIP, fill out this page. You should send this page with your *CACFP Meal Benefit Income Eligibility* form when you apply. Sending in this page will not change your child's eligibility for free or reduced-price meals.

☐ **No! I do not** want my child's CACFP eligibility information shared with Medicaid or SCHIP.

If you checked no, fill this out:

Child's Name:

Child's Name:

Child's Name:

Child's Name:

Today's Date:

Print Your Name:

Address:

Signature of Parent or Guardian:

If you have questions or need help, please contact **Randy Levan** at **610-820-5333 Extension 218** or **rlevan@lvcconline.org**.

This institution is an equal opportunity provider.



1501 Lehigh Street, Suite 208
Allentown, PA 18103

610-820-5333 x238
610-820-5338 FAX
www.LVCCOnline.org

July, 2022

LVCC Centers offer healthy meals and snacks to children as part of the Child and Adult Care Food Program (CACFP). LVCC Centers receive support from CACFP to serve those meals. CACFP gives more support if your household income is less than or equal to the limits on this chart:

Federal Income Standards for
Reduced-Price Meals for July 1, 2022 – June 30, 2023

Household Size	Yearly Income	Monthly Income
1	\$25,142	\$2,096
2	\$33,874	\$2,823
3	\$42,606	\$3,551
4	\$51,338	\$4,279
5	\$60,070	\$5,006

Please fill out a *CACFP Meal Benefit Income Eligibility* form. It is very important that you complete this today. It will help us find out how much support your center receives.

Please be sure to read the instructions carefully. Fill in all the information we request.

We can only accept completed forms. Please give the completed form to your Center Director.

Thank you for taking the time to fill out the form. We hope your child enjoys CACFP meals!

In the operation of child nutrition programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex, age, or disability. If you have questions or need help, please contact at 610-820-5333 Extension 218 or email me at levan@lvcconline.org.

Instrucciones del formulario de elegibilidad de ingresos de beneficios de comida de CACFP

¡El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) hace que la buena comida sea una parte regular de la guardería de su hijo! Por favor complete el formulario de elegibilidad de ingreso de beneficios de comida de CACFP. Nos ayuda a averiguar si su hogar califica para recibir comidas gratis o a precio reducido. Esto nos permite saber cuánto dinero dará CACFP para apoyar su hogar o centro de cuidado diurno.

Instrucciones:

Aquí hay instrucciones para ayudarlo a llenar el formulario. Antes de comenzar, gire el formulario para saber por qué solicitamos esta información. Le informa cómo usamos la información y qué derechos tiene. También le informa cómo ponerse en contacto con el USDA si cree que lo tratan de manera injusta.

Por favor, asegúrese de completar toda la información solicitada. Use un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando haya terminado, envíenos el formulario a:

Directora del centro

Paso 1:

Haga una lista de todos los niños de su hogar en la guardería. Use una línea para el nombre de cada niño. Escribe una letra en cada casilla. Detente si te quedas sin espacio. Si hay más niños, agregue sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tienes hijos de crianza? Si su respuesta es Sí, marque la casilla de hijos adoptivos al lado del nombre del niño. Si solo está solicitando para niños de crianza temporal, finalice el Paso 1 y continúe con el Paso 4. Si solicita para niños de crianza temporal y no de crianza temporal, vaya a Paso 2.

¿Hay niños migrantes, fugitivos, sin hogar o inscritos en el programa de Head Start? Si la respuesta es Sí, marque las casillas correctas junto al nombre del niño y vaya al Paso 4.

Paso 2:

Usted califica para recibir comidas gratis si vive en un hogar que recibe un Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia

Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

¿Algún miembro del hogar, incluido usted, recibe actualmente SNAP, TANF o FDPIR? Si la respuesta es Sí, escriba el número de caso en la casilla y vaya al Paso 4. Solo necesita proporcionar un número de caso. Si no, vaya al paso 3.

Paso 3:

Reportar el ingreso actual de todos los miembros del hogar. Omite este paso si respondió Sí en el paso 2.

¿Cómo se reporta el ingreso del niño? Dé vuelta el formulario y use la tabla Fuente de ingresos para niños para ver si su hogar tiene ingresos que reportar. Escriba la cantidad en las casillas en la parte A del formulario. Marque con qué frecuencia se gana la cantidad. Escriba 0 en el cuadro si no hay ingresos que reportar.

¿Cómo reporta el ingreso de los miembros adultos del hogar? Dé vuelta el formulario y use la tabla Fuente de ingresos para adultos para ver si su hogar tiene ingresos que reportar.

En la parte B, haga una lista de todos los adultos en su hogar, incluido usted, incluso si cada uno de ustedes no recibe ingresos. Incluya a todos los adultos, como abuelos, otros familiares y amigos que viven con usted y comparten los ingresos y gastos del hogar. Escriba la cantidad de ingresos que cada uno de ustedes recibe, en las casillas junto a sus nombres. Marque con qué frecuencia se recibe la cantidad. Escriba 0 en el cuadro si no hay ingresos que reportar.

Asegúrese de informar la cantidad actual de dinero que recibe antes de los impuestos. No incluya SNAP, FDPIR, WIC, ayuda financiera para estudiantes o dinero que reciba para un hijo de crianza como ingreso.

Cuente el número de todos los niños y adultos en su hogar. Incluya a todos los bebés, niños, estudiantes y adultos. Escriba el número total en el cuadro debajo de la lista de miembros adultos del hogar.

¿Tiene usted u otro miembro adulto de la familia un número de Seguro Social?
Escribe los últimos cuatro dígitos en las casillas. Si no hay un número de Seguro Social, marque la casilla Verificar si no hay número de Seguro Social.

Puntos Para Recordar:

Si:	Entonces:
Tu ingreso no es siempre el mismo	Anote la cantidad de dinero que normalmente recibe. Por ejemplo, no incluya el pago por horas extra, si normalmente no lo obtiene. Si sus ingresos normalmente son más altos o más bajos, puede informar los ingresos anuales.
Su hogar incluye miembros que no son ciudadanos	Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para los beneficios de comidas
Estas en el ejercito	No incluya su Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar (FSSA, por sus siglas en inglés), pago por combate o el dinero que recibe por vivienda privatizada. Si se implementa, cuente la cantidad de pago que se pone a disposición de su hogar como ingreso.

Paso 4:

Un miembro adulto de la familia debe firmar este formulario. El firmante promete que toda la información es verdadera y completa.

Imprima el nombre, la dirección y el teléfono o correo electrónico del firmante adulto. Firme y escriba la fecha de hoy en las casillas marcadas.

Opcional

Preguntamos sobre la etnia y raza de sus hijos para asegurarnos de que hacemos todo lo posible para servir a nuestra comunidad. Proporcionar esta información no es obligatorio. No se le negarán los beneficios según su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Formulario de elegibilidad de ingresos de beneficios de comida de CACFP
Compartiendo información con Medicaid y SCHIP

Los niños que reciben comidas gratis o a precio reducido del Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP) también pueden calificar para un seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el Programa estatal de seguro de salud infantil (SCHIP).

Podemos compartir la información de elegibilidad de CACFP de su hijo con Medicaid o SCHIP, a menos que nos indique que no lo hagamos. Medicaid y SCHIP solo usan la información para averiguar si los niños son elegibles para sus programas. Su personal puede contactarlo para ofrecerle inscribir a sus hijos en estos programas de seguro de salud.

Si **no desea** que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, complete esta página. Debe enviar esta página con su formulario de elegibilidad de ingresos de beneficios de comida de CACFP cuando presente la solicitud. El envío de esta página no cambiará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido.

☐ **¡No! No quiero** que la información de elegibilidad de CACFP de mi hijo se comparta con Medicaid o SCHIP.

Si marcó no, complete esto:

El nombre del niño:

El nombre del niño:

El nombre del niño:

El nombre del niño:

Fecha:

Imprime tu nombre:

Dirección:

Firma del Padre o Guardián:

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con **Randy Levan** al **610-820-5333 Extensión 218** o a relvan@lvcconline.org.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



1501 Lehigh Street, Suite 208
Allentown, PA 18103

610-820-5333 x238
610-820-5338 FAX
www.LVCCOnline.org

July, 2022

Los Centros LVCC ofrecen comidas y refrigerios saludables a los niños como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). **Los centros de LVCC** reciben apoyo de CACFP para servir esas comidas. CACFP brinda más apoyo si los ingresos de su hogar es menor o iguales a los límites de esta cuadro:

Estándares de Ingresos Federales para
Comidas a Precio Reducido para el 1 de Julio de 2022 - 30 de Junio de 2023

Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$25,142	\$2,096
2	\$33,874	\$2,823
3	\$42,606	\$3,551
4	\$51,338	\$4,279
5	\$60,070	\$5,006

Complete un Formulario de elegibilidad de ingresos de beneficios de comidas de CACFP. Es muy importante que complete esto hoy. Nos ayudará a descubrir cuánto apoyo recibe su centro. Por favor asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente. Rellene toda la información que solicitamos.

Solo podemos aceptar formularios completos. Por Favor entregue el formulario completado a su Director del Centro.

Gracias por tomarse el tiempo para completar el formulario. ¡Esperamos que su hijo disfrute de las comidas de CACFP!

En la operación de los programas de nutrición infantil, ninguna persona será discriminada por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos formularios, no dude en contactarme al 610-820-5333 Extensión 218 o envíeme un correo electrónico a rlevan@lvcconline.org

CACFP Meal Benefit Income Eligibility (Child Care)

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

APPLY ONLINE:

Insert URL Here

STEP 1 List ALL children in day care (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

Definition of **Household Member**: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."

Children in Foster care and children who meet the definition of **Homeless, Migrant** or **Runaway** are eligible for free meals.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	Foster Child	Migrant	Runaway	Homeless	Head Start
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

Check all that apply

STEP 2 Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR?

IF NO > Go to STEP 3 IF YES > Write case number here and proceed to STEP 4 (do not complete STEP 3)

CASE NUMBER:

Write only one case number in this space.

STEP 3 Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

Are you unsure what income to include here? Flip the page and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

The "Sources of Income for Children" chart will help you with the Child Income section.

The "Sources of Income for Adults" chart will help you with All Adult Household Members section.

A. Child Income
Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all Household Members listed in STEP 1 here.

Child Income

How often?

Weekly Bi-Weekly Monthly Bi-Monthly

B. All Adult Household Members (Including yourself)
List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and last)	Earnings from Work	How often?				Welfare/Child Support/Alimony	How often?				Pensions/Retirement/ Social Security/SSI/ VA Benefits	How often?				
		Weekly	Bi-Weekly	Monthly	2x Month		Weekly	Bi-Weekly	Monthly	2x Month		Weekly	Bi-Weekly	Monthly	2x Month	
	\$															
	\$															
	\$															
	\$															
	\$															

Total Household Members (Children and Adults)

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or other Adult Household Member

X X X X X

Check if no SSN

STEP 4 Contact information and adult signature. MAIL COMPLETED FORM TO YOUR SCHOOL AT:

"I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that CACFP officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, the participant/center may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."

Print Name of Adult Signing the Form

Signature of Adult

Today's Date

Address

City

State

Zip

Phone/Email

Source of Income for Children	
Sources of Child Income	Examples
Earnings from work	A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages
Social Security - Disability Payments - Survivors Benefits	- A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits
Income from person outside of household	A friend or extended family member regularly gives a child spending money
Income from any other source	A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust

Source of Income for Adults		
Earnings from Work	Public Assistance/Alimony/Child Support	Pensions/Retirement/All other sources of income
- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food, and clothing	- Unemployment benefits - Workers compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veterans benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private Pensions or disability benefits - Income from trusts or estates - Annuities - Investment income - Earned interest - Rental income - Regular cash payments from outside household

OPTIONAL

Children's Ethnic and Racial Identities (Optional)

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for receiving meals during care.

Ethnicity (check one): ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Race (check one or more): ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White

The **Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, the funds your child care center/provider receives may be impacted. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine the meal reimbursement for your child care center/provider. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

MAIL*:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (202) 690-7442; or
EMAIL: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

***Only use this address if you are filing a complaint of discrimination.**

DO NOT FILL OUT

For official use only

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income

How often?

Weekly

Bi-Weekly

Monthly

2x Month

☐

☐

☐

☐

Household size

Categorial Eligibility

☐

Eligibility

Free

Reduced

Denied

☐

☐

☐

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Follow-up Official's Signature

Date

CACFP Elegibilidad de ingresos para beneficios de alimentos (cuidado infantil)

Complete solo una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

APLIQUE POR INTERNET:

Ingrese URL Aquí

PASO 1 Liste a TODOS los niños que van a la guardería (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Definición de **Miembro del hogar**: Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están vinculados."

Los niños de acogida temporal (foster) y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar, Migrante o Fugitivo son elegibles para recibir alimentos gratuitos.

Primer nombre del niño	Inicial	Apellido del niño	Acogido (Foster)	Migrante	Fugitivo	Sin hogar	Head Start
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIPIR?

☐ NO > Vaya al PASO 3

☐ Sí > Escriba el número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió 'Sí' al PASO 2)

¿No sabe que ingreso incluir aquí?

Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla de "Fuentes de ingresos de los niños" lo ayudará con la sección de Ingresos de los niños.

El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección de Todos los Miembros Adultos del hogar.

A. Ingreso del niño

A veces los niños ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1 de este formulario.

Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar listado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente, solamente redondeando a dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja en blanco cualquier espacio, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos para informar.

Ingreso del niño

¿Frecuencia?

\$

☐ Semanal ☐ Bi-Semanal ☐ Mensual ☐ Bi-Mensual

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer nombre y Apellido)	Ingresos del trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia Pública	Pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones / Jubilación	Todos los demás ingresos	¿Frecuencia?			
		Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes			Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes			Semanal	Bi-Semanal	Mensual	2x al Mes
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		

Número total de miembros del hogar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar

☐ X ☐ X ☐ X ☐ X

Marque aquí si no tiene SSN ☐

PASO 4 Información de Contacto y firma de un adulto ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA A:

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares podrían verificar la información. Soy consciente de que, si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de los alimentos, y puedo ser demandado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables"

Nombre impreso del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono / Correo electrónico

Fuentes de ingreso de los niños	
Fuentes de ingreso de los niños	Ejmplos
Ingresos del trabajo	Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un salario o sueldo
Seguro Social - Pagos por Discapacidad - Beneficios del sobreviviente	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social - Un padre es discapacitado, jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
Ingresos de una persona fuera del hogar	Un amigo o miembro de la familia le da regularmente dinero para gastar al niño
Ingresos de cualquier otra fuente	Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de Ingreso de los Adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia Pública / Manutención / Pensión Alimenticia	Pensión / Jubilación / Otros Ingresos
- Salario, ingresos, bonos en efectivo - Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en el ejército de los EE. UU: - Pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o asignación de viviendas privatizadas) - Asignación por viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta)	- Beneficios de desempleo - Compensación al trabajador - Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos de manutención infantil - Pagos de pensión alimenticia - Beneficios de los veteranos - Beneficios de huelga	- Seguro social [incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios de enfermedad pulmonar (Black lung)] - Pensiones privadas o beneficios por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios - Anualidades - Ingreso de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar.

OPCIONAL

Identidad racial y étnica de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de los niños. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos al servicio de nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para recibir alimentos gratuitos o de precio reducido.

Origen étnico (marque uno) ☐ Hipsano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino

Raza (marque uno o más): ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico ☐ Blanco

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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: [How to File a Complaint](#), 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:

CORREO*: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (202) 690-7442; o
EMAIL: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

***Solo use esta dirección si está presentando un reclamo por discriminación**

NO COMPLETE

Para uso oficial solamente

Conversión de los Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, 2 veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total

¿Frecuencia?

Semanal

Bi-Semanal

Mensual

2x al Mes

☐

☐

☐

☐

Firma del oficial que toma la decisión

Fecha

de Integrantes en el hogar

Elegibilidad

Gratis

Reducido

Rechazado

☐

☐

☐

Elegibilidad Categórica ☐

Firma del oficial que constata

Fecha

Firma del oficial que verifica

Fecha

Child and Adult Care Food Program Child Enrollment Form (Sample)

Sponsor/Center Name: _____
Agreement #: _____

ENROLLMENT FORM FOR CHILDREN IN CHILD CARE (SAMPLE)

This document does not have to be completed for children in Emergency Shelters, Outside School Hours, and/or At-Risk programs. It is recommended to have new CACFP Annual Enrollment Forms completed each year during the Household Eligibility Application renewal period. Review completed enrollment form and enter the effective date in lower right hand section.

PARENTS: This institution participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives reimbursement to provide more nutritious meals for your child(ren). Federal CACFP regulations require all parents and guardians to complete a CACFP Annual Enrollment Form when enrolling their child(ren) and again every year thereafter. This information will help ensure all children receive appropriate meals during their care.

Please complete all areas to include signing and dating same.

FULL NAME OF ENROLLED CHILD (Include Birth Date/Age)	DAYS OF WEEK IN ATTENDANCE	TIMES CHILD NORMALLY ATTENDS DURING WEEK								MEALS RECEIVED
		TIME-IN			TIME OUT			TIME CHILD ATTENDS SCHOOL		
		AM	PM	TIME	AM	PM	TIME	LEAVES CENTER	RETURNS TO CENTER	
FIRST CHILD	☐ MONDAY ☐ TUESDAY ☐ WEDNESDAY ☐ THURSDAY ☐ FRIDAY ☐ SATURDAY ☐ SUNDAY	☐ Yes ☐ No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								☐ BREAKFAST ☐ A.M. SNACK ☐ LUNCH ☐ P.M. SNACK ☐ SUPPER ☐ EVENING SNACK
SECOND CHILD	☐ Same as Above ☐ MONDAY ☐ TUESDAY ☐ WEDNESDAY ☐ THURSDAY ☐ FRIDAY ☐ SATURDAY ☐ SUNDAY	☐ Same Times as Above ☐ Yes ☐ No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								☐ Same Meals as Above ☐ BREAKFAST ☐ A.M. SNACK ☐ LUNCH ☐ P.M. SNACK ☐ SUPPER ☐ EVENING SNACK
THIRD CHILD	☐ Same as Above ☐ MONDAY ☐ TUESDAY ☐ WEDNESDAY ☐ THURSDAY ☐ FRIDAY ☐ SATURDAY ☐ SUNDAY	☐ Same Times as Above ☐ Yes ☐ No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								☐ Same Meals as Above ☐ BREAKFAST ☐ A.M. SNACK ☐ LUNCH ☐ P.M. SNACK ☐ SUPPER ☐ EVENING SNACK

Signature

Signature of Parent or Guardian

Date

Telephone Number of Parent or Guardian

CHILD CARE REPRESENTATIVE USE ONLY:

Name of Representative/Signature

Date

The effective date can be made retroactive back to the first day the child participates in the CACFP as long as it occurs in the same month this form is received.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: 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; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.



Formulario de inscripción de Niños para el Programa de Alimentos de Cuidado de Niños y Adultos

Organización del Patrocinador Lehigh Valley Children's Centers Contrato #300-39-428--0
Dirección: 1501 Lehigh Street, Suite 208 Allentown PA 18103 1-800-258-3737, or 610-820-5333

Proveedor:	Dirección:
Padre/Guardian:	Dirección:
Teléfono Hogar	Trabajo:

Fecha de Inscripción: Participa en CACFP **SI** **No** Fecha de retiro:

Nombre de niño inscrito (Incluir fecha de nacimiento/año)	DIAS DE ASISTENCIA FAVOR DE VERIFICAR (✓)	Horario niño entra en la semana								Comidas recibidas (✓) Favor de verificar	
		Hora de entrada			Hora de salida			Horario niño atiende escuela			
		Horario varian Please (✓) if necessary									
		A M	P M	Horario	A M	P M	Horario	Sale del centro	Regresa al centro		
Nombre	LUNES			:			:	:	:	Desayuno	
	MARTES			:			:	:	:	Merienda AM	
	MIERCOLES			:			:	:	:	Almuerzo	
	JUEVES			:			:	:	:	Merienda PM	
Fecha de Nacimiento	VIERNES			:			:	:	:	Cena	
	SABADO			:			:	:	:	Merienda Tarde	
Edad	GENERO ☐ F ☐ M			:			:	:	:		
Opcional: Marca una identidad étnica y racial ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino											
Opcional: Marca una o más identidades raciales : ☐ Asiático ☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Negro o Afro Americano											

Relación con el proveedor: ☐ Niño de Cuido ☐ Nieto/a ☐ Sobrino/a ☐ Propio ☐ Foster

Comidas adicionales serán proporcionadas días que escuela este cerrada ☐ SI ☐ No

Si marca SI, favor de marcar comidas: ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Merienda ☐ Cena

Distrito Escolar _____ Elemental _____ Intermedia _____ Superior _____

Nombre de niño inscrito (Incluir fecha de nacimiento/año)	DIAS DE ASISTENCIA FAVOR DE VERIFICAR (✓)	Horario niño entra en la semana								Comidas recibidas (✓) Favor de verificar	
		Hora de entrada			Hora de salida			Horario niño atiende escuela			
		Horario varian Please (✓) if necessary									
		A M	P M	Horario	A M	P M	Horario	Sale del centro	Regresa al centro		
Nombre	LUNES			:			:	:	:	Desayuno	
	MARTES			:			:	:	:	Merienda AM	
	MIERCOLES			:			:	:	:	Almuerzo	
	JUEVES			:			:	:	:	Merienda PM	
Fecha de Nacimiento	VIERNES			:			:	:	:	Cena	
	SABADO			:			:	:	:	Merienda Tarde	
Edad	GENERO ☐ F ☐ M			:			:	:	:		
Opcional: Marca una identidad étnica y racial ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino											
Opcional: Marca una o más identidades raciales : ☐ Asiático ☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Negro o Afro Americano											

Relación con el proveedor: ☐ Niño de Cuido ☐ Nieto/a ☐ Sobrino/a ☐ Propio ☐ Foster

Comidas adicionales serán proporcionadas días que escuela este cerrada ☐ SI ☐ No

Si marca SI, favor de marcar comidas: ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Merienda ☐ Cena

Distrito Escolar _____ Elemental _____ Intermedia _____ Superior _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Padre/Guardian

Proveedor del Hogar

PADRES: Esta institución participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y recibe un reembolso para proporcionar comidas más nutritivas para su (s) hijo (s). Las regulaciones federales de CACFP requieren que todos los padres y tutores completen un Formulario de inscripción anual de CACFP cuando inscriben a sus hijos y nuevamente cada año a partir de entonces. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciban las comidas adecuadas durante su cuidado

LVCC/CACFP 2019



CACFP Infant Enrollment Form

Center/Provider Name: _____

Dear Parent/Guardian,

This childcare center/provider participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives USDA reimbursement for serving nutritious meals to infants according to program requirements. Participation in this program requires childcare centers/providers to follow specific meal patterns according to the age of the infant.

Childcare centers/providers participating in the CACFP **are required** to offer at least one iron fortified infant formula for infants who are enrolled in care. You may decline the infant formula offered, and supply breast milk and/or your own CACFP approved iron-fortified formula.

(NOTE: A CACFP approved iron-fortified formula must have 1 mg of iron or more per 100 calories of formula when prepared using the label directions and must be regulated by the FDA.)

Additionally, when you determine, in consultation with your physician, that your infant is developmentally ready, the childcare center/provider will also be **required** to offer iron fortified infant cereal and other infant foods.

Infant's Name _____ Infant's Date of Birth _____

Iron Fortified Formula offered by the Center/Provider _____

Breast milk and/or Formula preference

Record date to indicate your preference (choose all that apply) *I understand that I may change my decision at any time with advance notice	Birth -5 months Date & Initial	6 – 11 months Date & Initial
I will provide expressed breast milk for my infant.		
I will breast feed my infant on site at the center/provider.		
I want the childcare center/provider to provide the infant formula it offers for my infant.		
I will provide the infant formula for my infant. (must be iron fortified)		
Name of infant formula I will provide: _____		
My infant has a special dietary need that requires a formula that does not meet the criteria for an approved iron fortified formula. I have provided the center/provider with a Medical Plan of Care signed by a licensed medical authority that includes the impairment that restricts the infant's diet, how it effects the infant, and the recommended substitution.		
Name of infant formula I will provide: _____		

Preference regarding infant cereal and other foods

Record date to indicate your preference *I understand that I may change my decision at any time with advance notice	6 – 11 months Date & Initial
I want the childcare center/provider to provide the iron fortified infant cereal and other foods for my infant.	
I want the childcare center/provider to provide all food items with one exception. (This option is only applicable if center/provider is providing the iron fortified infant formula) One food item that I will provide (must be a creditable CACFP food item): _____	
My infant has a special dietary need that requires modifications to the infant meal pattern requirements. I have provided the center/provider with a Medical Plan of Care signed by a licensed medical authority that includes the impairment that restricts the infant's diet, how it effects the infant, the foods to avoid and the recommended substitutions	
I am aware and understand the all information provided on this form and my ability to have my infant participate in the CACFP; however, I decline the infant formula and food offered by the center/provider and elect to furnish ALL infant formula and food for my infant. (Center/Provider may not claim meals for this infant)	

Parent/Guardian	Date	Center/Provider signature	Date
-----------------	------	---------------------------	------

This supplemental infant form must be completed for all infants in care and must be maintained by center/provider and if applicable, a copy must be maintained by the Sponsoring organization

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) Mail: 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; or

(3) E-mail: program.intake@usda.gov.
This institution is an equal opportunity provider.

Formulario de inscripción de bebés en CACFP

Centro/Nombre del proveedor: _____

Estimado Padre/Tutor:

Este centro/proveedor de cuidado infantil participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso del Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) por servir comidas nutritivas a bebés conforme a los requisitos del programa. La participación en este programa requiere que los centros/proveedores de cuidado infantil cumplan patrones de comida específicos según la edad del bebé.

Los centros/proveedores de cuidado infantil que participan en el CACFP **tienen la obligación** de ofrecer al menos una leche de fórmula para bebés fortificada con hierro para los bebés que están inscritos a su cuidado. Puede rechazar la leche de fórmula para bebés ofrecida y suministrar leche materna y/o su propia leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP. (NOTA: La leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP debe contener 1 mg de hierro o más de 100 calorías de leche de fórmula al prepararse conforme a las instrucciones de la etiqueta y debe estar regulada por la FDA).

Además, cuando usted determine, junto con su médico, que su hijo está listo desde el punto de vista de desarrollo, el centro/proveedor de cuidado infantil también **tiene la obligación** de ofrecer cereales para bebés fortificados con hierro y otros alimentos para bebés.

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento del bebé _____

Leche de fórmula fortificada con hierro provista por el centro /proveedor _____

Leche materna y/o preferencia de leche de fórmula

Registrar la fecha para indicar su preferencia (elegir todas las que apliquen) *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	Del nacimiento a los -5 meses Fecha e inicial	6- 11 meses Fecha e inicial
Suministraré leche materna extraída para mi bebé.		
Amamantaré a mi bebé en el sitio en el centro/proveedor.		
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde la leche de fórmula para bebés que ofrece a mi bebé.		
Suministraré la leche de fórmula para bebés para mi bebé. (debe estar fortificada con hierro) Nombre de la leche de fórmula para bebés que suministraré _____		
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere una leche de fórmula que no cumple con los criterios de leche de fórmula fortificada con hierro. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé y el reemplazo recomendado. Nombre de la leche de fórmula para bebés que suministraré _____		

Preferencia sobre cereales para bebé y otros alimentos

Registrar la fecha para indicar su preferencia *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	6– 11 meses Fecha e inicial
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde el cereal para bebés fortificado con hierro y otros alimentos a mi bebé.	
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil suministre todos los alimentos con una excepción. (Esta opción solo aplica si el centro/proveedor suministra leche de fórmula para bebés fortificada con hierro) Alimento que suministraré (debe ser un alimento aprobado por el CACFP) _____	
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere modificaciones a los requisitos de patrones de comidas para bebés. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé, los alimentos que hay que evitar y los reemplazos recomendados	
Estoy al tanto y comprendo toda la información provista en este formulario y la posibilidad de que mi bebé participe en el CACFP; sin embargo, rechazo la leche de fórmula para bebés y los alimentos ofrecidos por el centro/proveedor y elijo entregar TODA la leche de fórmula para bebés y alimentos para mi bebé. (El centro/proveedor no podrá reclamar comidas para este bebé)	

Padre/tutor

Fecha

Firma del centro/proveedor

Fecha

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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/usda-program-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 Assistant 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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.