LifeSpan

Day Care You Can Trust For Children.

Child and Adult Care Food Program Enrollment Packet

Paquete de inscripción al programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos.

2023-2024

2460 John Fries Highway
Quakertown, PA 18951
215-536-4417

1651 N. Cedar Crest Blvd
Allentown, PA 18104
610-435-7833

399 Washington St.
East Greenville, PA 18104
215-679-5940

Instrucciones para el formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP

¡El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) hace que los buenos alimentos sean una parte regular de la guardería de su hijo! Complete el formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayuda a determinar si su grupo familiar califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido. Esto nos dice cuánto dinero entregará el CACFP para respaldar su hogar o centro de cuidado infantil.

Instrucciones

Aquí tiene instrucciones que lo ayudarán a completar el formulario. Antes de comenzar, voltee el formulario para averiguar por qué pedimos esta información. Le dirá de qué modo usamos la información y cuáles son sus derechos. También le dirá cómo comunicarse con el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) si cree que está recibiendo un tratamiento injusto.

Asegúrese de completar toda la información solicitada. Utilice un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando termine, envíenos el formulario a:

Lifespan Phone #_____.

Paso 1:

Enumere a todos los niños de su grupo familiar que vayan a una guardería. Use un renglón para indicar el nombre de cada niño. Escriba una sola letra en cada casillero. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños, agregue sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tiene hijos que hayan sido colocados en cuidados sustitutos con usted? Si la respuesta es *Sí*, marque el casillero *Niño en cuidados sustitutos* al lado del nombre del niño. Si solamente está presentando solicitud para niños en cuidados sustitutos, termine el Paso 1 y diríjase al Paso 4. Si está presentando solicitud para niños tanto en cuidados sustitutos como no, diríjase al Paso 2.

¿Alguno de los niños es un inmigrante, escapado de su hogar, indigente, o está inscrito en Head Start? Si la respuesta es *Sí,* marque los casilleros correctos al lado del nombre del niño y diríjase al Paso 4.

Paso 2:

Usted califica para recibir comidas gratis si vive en un grupo familiar que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Nativas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR).

¿Algún miembro del grupo familiar, usted incluido, recibe actualmente SNAP, TANF o FDPIR? Si la respuesta es *sí*, escriba el número de caso en el recuadro y diríjase al Paso 4. Solo debe brindar un número de caso. Si la respuesta es *no*, diríjase al Paso 3.

Paso 3:

Enumere a todos los miembros del grupo familiar que no haya indicado en el Paso 1. Informe los ingresos actuales para todos los miembros del grupo familia. Saltee este paso si respondió "Sí" en el Paso 2.

¿Cómo informa los ingresos infantiles? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para los niños* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar. Escriba el importe en los casilleros en la parte A del formulario. Marque con qué frecuencia de obtiene el importe. Escriba *0* en el casillero si no hay ingresos que informar.

¿Cómo informa los ingresos de los adultos del grupo familiar? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para adultos* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar.

En la parte B, indique a todos los adultos en su grupo familiar, usted incluido, incluso si no todos reciben ingresos. Incluya a todos los adultos, como abuelos, otros familiares y amigos que vivan con usted y compartan los ingresos y gastos de la vivienda. Escriba el importe de los ingresos que recibe cada uno en los casilleros al lado de cada nombre. Marque con qué frecuencia recibe el importe. Escriba *0* en el casillero si no hay ingresos que informar.

Asegúrese de informar el importe actual de dinero que obtiene antes de los impuestos. No incluya SNAP, SNAP, WIC, asistencia financiera para estudiantes, o dinero que reciba para un niño en cuidados sustitutos como ingresos.

Cuente la cantidad de niños y adultos en su grupo familiar. Incluya a todos los bebés, niños, estudiantes y adultos. Escriba el número total en el casillero debajo de la lista de adultos del grupo familiar.

¿Usted u otro adulto del grupo familiar tienen un número de Seguro Social? Escriba los últimos cuatro dígitos en los casilleros. Si no tiene número del Seguro Social, marque el casillero *Marcar si no tiene SSN.*

Puntos que recordar:

Si:	Entonces:
Sus ingresos no siempre son los mismos	Indique la cantidad de dinero que obtiene normalmente Por ejemplo, no incluya salario por horas extra si no lo recibe normalmente. Si normalmente sus ingresos son más altos o más bajos, puede indicar sus ingresos anuales en lugar de ello.
Su grupo familiar incluye miembros que no sean ciudadanos	No hace falta que usted o sus hijos sean ciudadanos de Estados Unidos para que califiquen para recibir beneficios de comidas.
Está en las fuerzas armadas	No incluya su Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA), paga por combate, o el dinero que recibe por vivienda privatizada. Si fue desplegado, cuente el importe de paga puesto a disposición de su grupo familiar como ingresos.

Paso 4:

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

Un adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. El signatario promete que toda la información es verdadera y está completa. El formulario NO es válido sin fecha y la firma de un adulto del grupo familiar.

Ingrese en letra de imprenta el nombre, la dirección, y el teléfono o correo electrónico del signatario adulto. Firme y escriba la fecha de hoy en los casilleros marcados.

Opcional

Preguntamos sobre la raza y etnia de sus hijos para asegurarnos de hacer lo posible por servir a nuestra comunidad del mejor modo. No es obligatorio brindar esta información. No le denegarán beneficios a causa de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Solo para uso por parte del patrocinador oficial del CACFP:

Complete la sección de determinación. Si utilizará los ingresos, complete los ingresos totales, con qué frecuencia, tamaño del grupo familiar y elegibilidad. Si se determina según SNAP/TANF, cuidados sustitutos, inmigrante, escapado de casa o indigente, marque el casillero de elegibilidad categórica.

El representante del centro que firme el formulario debe firmar en el casillero de Firma del Funcionario Determinante y colocar la fecha. SI una segunda persona revisa el documento, se debe completar la Firma del Funcionario Confirmante y la fecha.

El Formulario NO ES VÁLIDO sin la firma del Funcionario Determinante y la fecha.

La Carta a los Padres adjunta debe entregarse al distribuir el Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos.

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

July 12, 2023

Estimado Padre o Tutor:

Lifespan ofrece comidas y refrigerios saludables a los niños como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP). **Lifespan** apoyo del CACFP para servir esas comidas. El CACFP brinda más apoyo si los ingresos de su grupo familiar son menores o iguales a los límites en esta tabla:

Estándares federales de ingresos para comidas a un precio reducido para el período entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	$26,973	$2,248
2	$36,482	$3,041
3	$45,991	$3,833
4	$55,500	$4,625
5	$65,009	$5,418

Complete un formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayudará a determinar cuánto apoyo recibe **Lifespan**Asegúrese de leer las instrucciones atentamente. Complete toda la información que solicitamos. Solamente podemos aceptar formularios completos. Envíe el formulario completado a:

2460 John Fries Hwy, Quakertown, PA 18951
399 Washington St. East Greenville, PA 18041
1651 N. Cedar Crest Blvd. Allentown, PA 18104

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

En la operación de programas de nutrición infantil, no se discriminará a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con **Nicole Fetherman** al **215-536-9036** o a **nfetherman@lq.org**.

Atentamente,

Nicole Fetherman
Nicole Fetherman M.Ed.
Executive Director

Esta institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos:
Formulario de inscripción de niños (Muestra)

Patrocinador: Lifespan
Centro: 300-09-145-5

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA NIÑOS EN CUIDADO INFANTIL (MUESTRA)

Este documento no tiene que ser completado para niños en Refugios de emergencia, programas fuera del horario escolar y/o en riesgo. Se recomienda que se completen Formularios de inscripción anuales al CACFP nuevos cada año durante el período de renovación de Solicitud de elegibilidad para hogares. Revisar el formularios de inscripción completado e ingresar la fecha de vigencia en la sección inferior derecha.

PADRES: Esta institución participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso para brindar comidas más nutritivas para su(s) hijo(s). Las regulaciones del CACFP federal requieren que todos los padres y tutores completen el Formularios de inscripción anual del CACFP al inscribir a su(s) hijo(s) y nuevamente cada año en adelante. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciben las comidas apropiadas durante su cuidado.

Complete todas las áreas incluso la firma y la fecha

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
PRIMER HIJO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO EDAD	☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO									☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
		☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes.								
		Otro:								
		Fecha de inscripción:				Fecha de retiro:				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		☐ *Los mismos horarios que arriba*								
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
SEGUNDO HIJO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO EDAD	☐ *Igual al anterior* ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO									☐ *Mismas comidas que el anterior* ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
		☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes.								
		Otro:								
		Fecha de inscripción:				Fecha de retiro:				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		☐ *Los mismos horarios que arriba*								
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
TERCER HIJO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO EDAD	☐ *Igual al anterior* ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO									☐ *Mismas comidas que el anterior* ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
		☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes.								
		Otro:								
		Fecha de inscripción:				Fecha de retiro:				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		☐ *Los mismos horarios que arriba*								
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
CUARTO HIJO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO EDAD	☐ *Igual al anterior* ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO									☐ *Mismas comidas que el anterior* ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
		☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes.								
		Otro:								
		Fecha de inscripción:				Fecha de retiro:				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		☐ *Los mismos horarios que arriba*								
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
QUINTO HIJO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO EDAD	☐ *Igual al anterior* ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO									☐ *Mismas comidas que el anterior* ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
		☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes.								
		Otro:								
		Fecha de inscripción:				Fecha de retiro:				

Firma _____ _____ _____

Firma del padre o tutor *Fecha* *Número de teléfono del padre o tutor*

SOLO PARA USO DEL REPRESENTANTE DE CUIDADO INFANTIL: _____ _____

Nombre del representante/Firma *Fecha*

La fecha de vigencia puede ser retroactiva al primer día en el que el niño participa en el CACFP siempre que sea en el mismo mes que se recibe este formulario.

Esta parte del formulario puede utilizarse para registrar actualizaciones de múltiples años

****

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ **a** _____

Firma Padre/Tutor_____ **Fecha**_____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

****

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ **a** _____

Firma Padre/Tutor_____ **Fecha**_____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

****

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ **a** _____

Firma Padre/Tutor_____ **Fecha**_____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

****

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ **a** _____

Firma Padre/Tutor_____ **Fecha**_____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **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.

Elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP (cuidado infantil)

Completar una solicitud por hogar. Usar bolígrafo (no lápiz).

PASO 1 Enumere a TODOS los niños que vayan a una guardería (si necesita más espacios para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro del hogar:** "Cualquier persona que viva con usted y comparta sus ingresos y gastos, incluso si no tienen relación sanguínea".

Los niños en cuidados sustitutos y los que cumplen con la definición de **indigente, inmigrante** o **fugitivo** son elegibles para recibir comidas gratis.

Marcar todas las que correspondan

Nombre del niño	Inicial	Apellido del niño	Niño en cuidados sustitutos	Inmigrante	Fugitivo	Indigente	Head Start
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

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

SI LA RESPUESTA ES NO > Diríjase al PASO 3

SI LA RESPUESTA ES SÍ > Escriba el número de caso aquí y proceda al PASO 4 (no complete el PASO 3)

NÚMERO DE CASO:

Escriba un solo número de caso en este espacio.

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

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí? Voltee la página y lea las tablas tituladas "Fuentes de ingresos" para más información.

La tabla **"Fuentes de ingresos para niños"** lo ayudará con la sección de Ingresos infantiles.

La tabla **"Fuentes de ingresos para adultos"** lo ayudará con la sección Todos los adultos del hogar.

A. Ingresos infantiles

A veces, los niños del hogar obtienen o reciben un ingreso. Incluya los ingresos TOTALES recibidos por todos los Niños indicados en el PASO 1.

Ingresos infantiles	¿Con qué frecuencia? Semanales	Quincenales	Mensuales	Cada dos meses
$	○	○	○	○

B. Todos los miembros del hogar (usted incluido)

Enumere a todos los miembros del hogar que no haya indicado en el PASO 1 (usted incluido), incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, si recibe ingresos, informe los ingresos brutos totales (antes de los impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) únicamente. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja un campo en blanco, usted certifica (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los miembros del hogar (Primer nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia? Semanales	Quincenales	Mensuales	2x por mes	Asistencia social/ Soporte infantil/ Pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia? Semanales	Quincenales	Mensuales	2x por mes	Pensiones/jubilación/ seguro social/SSI/ beneficios de VA	¿Con qué frecuencia? Semanales	Quincenales	Mensuales	2x por mes
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Miembros totales del hogar (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número del seguro social (SSN) de la persona que es la principal fuente de ingresos u otro miembro adulto del hogar X X X X X

Marcar si no tiene SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto Este formulario no es válido sin fecha y la firma de un adulto del hogar

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se brinda en conexión con el recibo de fondos Federales, y que los funcionarios de CACFP podrán verificar (controlar) la información. Soy consciente de que si brindo información falsa deliberadamente, el participante/centro podrá perder los beneficios de comidas, y me podrán procesas conforme a las leyes federales y estatales aplicables".

Nombre en imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono/correo electrónico

Fuente de ingresos para los niños	
Fuentes de ingresos infantiles	**Ejemplos**
Ingresos del trabajo	• Un niño tiene un empleo regular de medio tiempo o tiempo completo en el que obtiene un salario o sueldo
Seguro Social - Pagos por discapacidad - Beneficios para sobrevivientes	• Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social • Un padre es discapacitado, está retirado, o ha muerdo, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
Ingresos provenientes de una persona que no es parte del hogar	• Un amigo o miembro de la familia extendida le da dinero de bolsillo regularmente a un niño
Ingresos de cualquier otra fuente	• Un niño recibe un ingreso regular de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos para adultos		
Ingresos del trabajo	**Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención infantil**	**Pensiones / jubilación Todas las demás fuentes de ingresos**
• Salario, sueldos, bonos en efectivo • Ingresos netos obtenidos del empleo por cuenta propia (granja o negocio) **Si es miembro de las fuerzas armadas de EE. UU.:** • Paga básica y bonos en efectivo (NO incluir paga por combate, FSSA, o asignaciones para vivienda privatizada) • Asignaciones para vivienda fuera de base, alimentos y vestimenta	• Beneficios por desempleo • Indemnización por accidentes de trabajo • Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) • Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local • Pagos de pensión alimentaria • Pagos de manutención infantil • Beneficios para veteranos • Indemnización por huelga	• Seguro Social (incluido retiro ferroviario y beneficios por enfermedad de pulmón negro) • Pensiones privadas o beneficios por discapacidad • Ingresos de fideicomisos o patrimonios • Anualidades • Ingresos de inversiones • Intereses acumulados • Ingresos por alquiler • Pagos regulares en efectivo provenientes de fuera del hogar

OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos prestando servicios plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas mientras están en un centro de cuidado infantil.

Etnia (marcar una): ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

Raza (marcar una o más): ☐ Nativo estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del pacífico ☐ Blanco

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:

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

FAX:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

CORREO ELECTRÓNICO:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Solo para uso por parte del patrocinador del CACFP NO ES VÁLIDO SIN LA FIRMA DEL FUNCIONARIO DETERMINANTE Y LA FECHA

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales

¿Con qué frecuencia?

Semanales	Quincenales	Mensuales	2x por mes
○	○	○	○

Tamaño del hogar

Elegibilidad por categoría ☐

Elegibilidad

Gratis	Reducido	Denegado
○	○	○

Firma del Funcionario Determinante

Fecha

Firma del Funcionario Confirmante (segundo control)

Fecha

Firma del Funcionario de Seguimiento (Para instituciones que se basan en precios, Funcionario de Verificación)

Fecha

Fecha de entrada en vigencia: Si la institución está utilizando la fecha de firma del padre/tutor como fecha de entrada en vigencia, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución en el mismo mes en que el padre firmó el formulario, o el mes inmediatamente siguiente.

pennsylvania
DEPARTMENT OF EDUCATION

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 de termine, 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** _____ ☐ El centro de cuidado infantil proveerá la leche de fórmula. ☐ Yo proveeré la leche de fórmula.		

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 bebes 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** _____

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; o

(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.

Machine Translated by Google

pennsylvania
DEPARTMENT OF EDUCATION

Niños y Adultos con Discapacidades y Necesidades Dietéticas Especiales

Los operadores del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y el Programa de Servicio de Alimentos de Verano (SFSP) deben hacer modificaciones razonables a las comidas del Programa o al servicio de comidas para acomodar a niños o adultos (participantes del Programa) con discapacidades que restringen la dieta.

1. Declaración de la autoridad médica autorizada para participantes con discapacidades
Regulaciones del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) en 7 CFR Parte 15b requerir sustituciones o modificaciones en las comidas del Programa para los participantes cuyas discapacidades restringen sus dietas. Los patrocinadores, los centros y las guarderías deben proporcionar modificaciones para los participantes caso por caso cuando se soliciten. están respaldados por una declaración escrita de una autoridad médica autorizada por el estado.

La tercera página de este documento ("Plan Médico de Atención para Programas de Nutrición Infantil") se puede utilizar para obtener la información requerida de la autoridad médica autorizada. Para este propósito, una autoridad médica con licencia estatal en Pensilvania incluye:

- Médico, •
Asistente médico, • Enfermera
practicante registrada certificada, o • Dentista.

La declaración médica escrita debe incluir:

- Una explicación de cómo el impedimento físico o mental del participante restringe la dieta;
- Una explicación de lo que debe hacerse para acomodar al participante; y
- El alimento o alimentos a omitir y las alternativas recomendadas, en su caso.

2. Otras necesidades dietéticas especiales
Los operadores del programa pueden hacer sustituciones de alimentos para participantes individuales que no tengan un certificado médico en el archivo. Dichas determinaciones se realizan caso por caso y todas las adaptaciones deben realizarse de acuerdo con los requisitos del patrón de comidas del USDA. Se alienta a los operadores del programa, pero no se les exige, a tener documentación archivada al realizar modificaciones en el menú dentro del patrón de comidas.

Las necesidades dietéticas especiales y las solicitudes, como las relacionadas con preocupaciones generales de salud y preferencias personales, no son discapacidades y son opcionales para que los operadores del Programa las acomoden. Las modificaciones de comidas por razones que no sean de discapacidad son reembolsables siempre que estas comidas cumplan con las regulaciones del Programa.

3. Ley de Rehabilitación de 1973 y Ley de Estadounidenses con Discapacidades Según la
Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas de ADA de 2008, una persona con una discapacidad significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida o funciones corporales importantes, tiene un registro de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento. No es necesario que un impedimento físico o mental sea una amenaza para la vida para constituir una discapacidad. Si limita una actividad principal de la vida, se considera una discapacidad.

Las principales actividades de la vida incluyen, entre otras: cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y laboral. Una actividad importante de la vida también incluye la operación de una función corporal importante, que incluye, entre otras: funciones del sistema inmunitario; crecimiento celular normal; y funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Machine Translated by Google

Niños y Adultos con Discapacidades y Necesidades Dietéticas Especiales

4. Ley de Educación para Individuos con Discapacidades Los

niños en edad preescolar, bebés y niños pequeños con discapacidades tienen derechos adicionales bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA). Las preguntas relacionadas con los requisitos de IDEA deben dirigirse al Departamento de Educación de EE. UU., que es la agencia federal responsable de la administración y aplicación de IDEA.

Programa de Nutrición Infantil (CACFP/SFSP) Contacto
Para obtener más información sobre cómo solicitar adaptaciones para las comidas del Programa y el servicio de comidas para participantes con discapacidades, comuníquese con:
Haga clic aquí para ingresar el nombre y la información del contacto local.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

1. correo:

   Departamento de Agricultura de EE. UU.
   Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
   1400 Avenida Independencia, SW
   Washington, DC 20250-9410; o

2. fax:

   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo

   electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Machine Translated by Google

Plan Médico de Atención para Programas de Nutrición Infantil (CACFP y SFSP)

Lea las páginas 1 y 2 antes de completar este formulario.

Nombre del participante	Fecha de nacimiento	Edad/Aula
Nombre del Centro/Programa/Sitio		
Nombre del padre/tutor o representante del participante	Número de teléfono del padre/madre/tutor/representante	
Firma del padre/tutor o representante del participante	Fecha	

1. Proporcione una explicación a continuación de cómo el impedimento físico o mental del participante restringe la dieta del participante:

2. Describa la dieta específica o las modificaciones necesarias prescritas por la autoridad médica con licencia estatal para adaptarse a las necesidades del participante:

3. Enumere el alimento o los alimentos que deben omitirse (sea específico) y las alternativas recomendadas, si corresponde.
   Alimentos a omitir:

   Sustituciones sugeridas:

4. Indicar modificaciones de textura, si corresponde:

   Picado/Cortado en trozos del tamaño de un bocado Cortado en cubitos/Finamente molido En puré Otro:

5. Enumere cualquier equipo de adaptación especial requerido:

Nombre del médico/autoridad médica y cargo (letra de imprenta)	Número de teléfono del proveedor
Firma del Médico/Autoridad Médica	Fecha

La firma de la siguiente sección es opcional, pero puede evitar demoras al permitir que el Programa hable con el médico o la autoridad médica.

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, por la presente autorizo a _____ (autoridad médica) a divulgar dicha información de salud protegida del participante tal como está necesario para el propósito específico de la información de la Dieta Especial a _____ (centro/programa/ sitio) y doy mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información que figura en este formulario y en sus registros sobre el participante con el cuidado de niños/adultos / programa de alimentos de verano según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para el participante. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Mi permiso para divulgar esta información vencerá el _____ (fecha). Esta información se divulgará con el propósito específico de información sobre dietas especiales.

El abajo firmante certifica que él/ella es (encierre en un círculo uno): Padre Tutor Adulto participante o Representante del participante enumerado en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma: _____ Fecha: _____

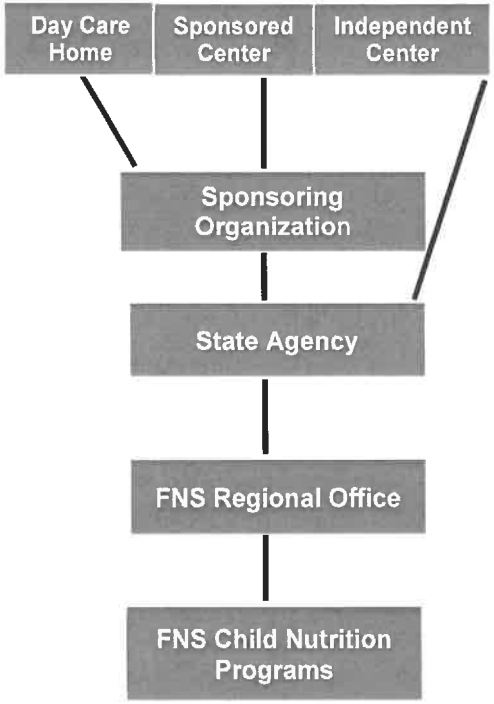
¿Cómo funciona CACFP?

CACFP reembolsa a las guarderías y centros que participan en el programa por servir comidas nutritivas. El programa es administrado por el Food and Nutrition Service (FNS), una agencia del Departmento de Agricultura (USDA).

Agencias estatales aprueban organizaciones que patrocinan el programa y centro independientes cuales operan el programa. Las agencias estatales también controlan y proveen dirección y asistencia para asegurarse que el programa funciona adecuadamente.

Las organizaciones patrocinadoras apoyan a las guarderías y los centros con entrenamiento y supervición. Todas la guarderías que participan en el CACFP lo hacen mediante una organización patrocinadora.

Asociados de CACFP



Información

Here is space for the State agency and sponsoring organization to add contact information.

FNS-319
Octobre 2019
USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Construyendo El Futuro

En el Child and Adult Care Food Program (CACFP)

Construyendo el Futuro en el CACFP

¿Qué es CACFP?

CACFP es el programa de comida para los niños y adultos en guarderías. Es un programa federal cual provee comida y bocadillos saludables para los niños y adultos en guarderías.

CACFP mejora la calidad de las guarderías. Incluso pone las guarderías al alcance económico de familias de bajos recursos.

Además de proveer comidas en las guarderías, CACFP hace más atractivos los programas ofrecidos después de escuela para los niños y adolescentes vulnerables. Las comidas y bocadillos atraen más a los estudiantes hacia las actividades de aprendizaje divertidas y seguras.

Los niños y adolescentes que no tienen hogar también pueden recibir comidas en hogares de refugios que participan en CACFP.

Here is space for the State agency and sponsoring organization to add contact information.

¿Quién es elegible para las comidas de CACFP?

CACFP prove comida saludable para mejorar la salud the los envejecientes y niños.

- Niños hasta los 13 años de edad,
- Niños de familias migrantes menores de 16 años de edad,
- Niños y adolescentes menores de 19 años en programas después de escuela en zonas de bajos ingresos,
- Niños y adolescentes menores de 19 años de edad viviendo en hogar de refugio, y
- Adultos incapacitados o mayores de 60 años e inscritos en guarderías para el cuidado de adultos.

¿Qué tipo de comidas sirven?

Centros de CACFP siguen las reglas nutricionales de USDA.

- Desayuno consiste de leche, frutas o vegetales, y granos.
- Almuerzo y Cena requieren leche, granos, carne u otras proteínas, frutas, y vegetales.
- Bocadillos incluye dos porciones de cinco componentes: leche, frutas, vegetales, granos, o carne u otras proteínas.

¿Dónde se sirven las comidas de CACFP?

Muchos tipos de facilidades participan en CACFP.

Centros de cuidado de niños:
Centros con licencia para el cuidado de niños y programas de Head Start proveen comidas y bocadillos a un gran numero de niños.

Centros para cuidado antes o después de escuela:
Centros licenciados ofrecen cuidado y comida antes o después de escuela para grupos grandes de niños de edad escolar.

Guarderías de familia en casas:
Individuos licenciados para cuidar niños ofrecen cuidado más comidas y bocadillos a un grupo pequeño de niños en hogares privados.

Programas después de escuela para los niños vulnerables:
Centros en zonas de bajos recursos proveen actividades de aprendizaje con comidas y bocadillos a los niños y adolescentes de edad escolar.

Refugios de emergencia:
Refugios para personas sin hogar, víctimas de violencia doméstica, y adolescentes que han huido proveen vivienda y comidas gratis a los niños y adolescentes.

Centro de cuidado de adultos:
Centros licenciados proveen cuidado diurno con comidas y bocadillos a los adultos registrados.

¿Sabía USTED?

- Si recibe SNAP, MA o TANF, también puede solicitar para WIC.
- En la mayoría de los casos, las escalas de ingreso de WIC son más altas que las de SNAP, MA, o TANF. Incluso si usted no califica para estos programas, puede calificar para WIC.
- La mayoría de las familias en *Head Start* y *Early Head Start* califican para WIC.
- Niños adoptados menores de 5 años, califican para WIC. El ingreso de los padres adoptivos no se considera.
- No se requiere prueba de ciudadanía estadounidense.

Escala de Ingreso Familiar

Tamaño Familiar	* Ingreso mensual (aprox.)
1	$2,096
2	$2,823
3	$3,551
4	$4,279

Por cada persona adicional, añada:

$728

*(Ingreso antes de descontados los impuestos) vigente a partir del 1 de julio de 2022.
Cada bebé por nacer cuenta como una persona extra en el tamaño de la familia.

¿Cómo SOLICITO?

¡Comience ya! Visítenos en línea en pawic.com o llámenos

1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467).

pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

www.health.pa.gov
www.pawic.com

PA WIC es financiado por el USDA. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

H511.961P Rev. 7/22

PENNSYLVANIA WIC
WOMEN · INFANTS · CHILDREN

¡Elija Saludablemente. Elija WIC!

1-800-WIC-WINS

¿Qué *ES* WIC?

WIC es un Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres, bebés y niños. El Programa WIC ofrece los beneficios libre de costo a los participantes.

"WIC me ha ayudado a tomar decisiones más saludables para mi hijo y puedo ahorrar en la factura del supermercado." -- Mamá WIC

¿Quiénes SON ELEGIBLES?

- Mujeres embarazadas, madres lactantes o que han tenido un bebé recientemente (menos de 6 meses)
- Bebés (de hasta 12 meses de edad)
- Niños (de 1 a 5 años de edad)

Usted debe vivir en Pennsylvania, tener un problema de salud o riesgo médico-nutricional y no exceder la escala de ingreso del grupo familiar.

WIC es para personas casadas o solteras, aquellos que trabajan y personas desempleadas. Padres, madres, padres adoptivos o tutor legal de un niño de hasta 5 años de edad pueden solicitar para WIC.

¿Cómo WIC PUEDE AYUDAR A MI FAMILIA?

Exámenes y referidos a cuidados de salud y servicios sociales

- Exámenes de deficiencia de hierro (anemia)
- Vacunas, exámenes de salud y detección de plomo
- Programa de asistencia nutricional (cupones de alimentos), programa de asistencia médica (Medicaid, CHIP, Healthy Beginnings Plus), banco de comida, Head Start, etc.

Consejos para una alimentación saludable

- Educación nutricional individual
- Folletos y otras publicaciones sobre nutrición
- Información en línea

Apoyo durante la lactancia

Alimentar al bebé con leche materna tiene muchos beneficios de salud y satisface las necesidades nutricionales, económicas y emocionales tanto de la mamá como del bebé. WIC ayuda a las mamás a continuar lactando incluso si regresan a trabajar.

Alimentos saludables

- ✓ Leche
- ✓ Queso
- ✓ Yogur
- ✓ Bebidas de soya
- ✓ Tofu
- ✓ Frutas y vegetales (frescos, congelados o enlatados)
- ✓ Habichuelas y otros granos secos
- ✓ Huevos
- ✓ Mantequilla de maní
- ✓ Pescado enlatado
- ✓ 100% Jugo de frutas
- ✓ Cereal
- ✓ Granos integrales (pan, tortillas, arroz integral, avena y pasta)
- ✓ Comida de bebé
- ✓ Formula y suplementos medicamente necesarios