CARTA DEL HOGAR

CARTA DE HOGAR PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL Y ADULTO
(Centros de Cuidado de Adultos Gratis) - **AFF 2015**

Estimado miembro del Hogar

El _____ sirve comidas nutritivas sin
(Nombre de la organización patrocinadora)

cargo adicional porque el centro recibe reembolso adicionado para cada adulto participante cuyo el ingreso del hogar es igual o inferior al nivel mostrado en la tabla de ingresos por tamaño del hogar debajo. Con el fin de continuar con este servicio de comidas gratis para usted, por favor complete y envíe la solicitud adjunta. Esta información se mantiene confidencial en nuestros archivos, y es necesaria para determinar el tipo de reembolso en virtud del Programa de Alimento de Cuidado Infantil y Adulto. Si su ingreso es superior a la cantidad indicada a continuación para el tamaño de su hogar, no es necesario completar la solicitud. Una vez debidamente aprobados para el beneficio gratis o a precio reducido, un hogar seguirá siendo elegible para estos beneficios por un período no superior a 12 meses.

(Del 01 de julio de 2014 al 30 de junio de 2015)

Tamaño del Hogar	**Nivel de ingresos mensuales** (en o por debajo)
1.	$21,590
2	$29,101
3	$36,612
4	$44,123
5	$51,634
6	$59,145
7	$66,656
8	$74,167
Para cada Miembro adicional del Hogar, Agregar	+$7,511

Hogares con ingresos inferior o igual a los estándares de precio reducido serían elegibles a beneficios de comida gratis o a precio reducido. El centro es elegible a un reembolso adicional para las comidas servidas a los participantes adultos cuyos miembro(s) del hogar han pierdido su empleo, siempre que la pérdida de ingresos durante el período de desempleo hace que el ingreso del hogar esté dentro de los requisitos de elegibilidad indicados anteriormente.

Cuando la elegibilidad es establecida por el tamaño del hogar y los ingresos, una solicitud completa debe incluir: (a) los nombres de todos los miembros del hogar, incluyendo el nombre del adulto solicitante; (b) los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o indicar "ninguno"; (c) los ingresos del hogar que recibe cada miembro de la familia identificados por fuente de ingresos' y(d) la firma de un adulto miembro del hogar y fecha.

Cuando la elegibilidad es establecida por el número de caso de sus Estampillas de Comida (FoodShare Wisconsin), por su FDPIR, por su SSI, o por su número de Medicaid una solicitud completa debe incluir: (a) el nombre del adulto participante, (b) las estampillas de Comida apropiadas (FoodShare Wisconsin), FDPIR, o el número de SSI o el número de asistencia Medica para el participantes adulto, y (c) la firma de un miembro adulto del hogar y la fecha de firma. **NO proporcione números de tarjeta Quest que es un número de 16 dígitos.**

ACTO DE PRIVACIDAD: La Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que, a menos que se proporcione un número de Estampillas de Comida (Food Share Wisconsin), de FDPIR, SSI, o un número de identificación de Medicaid, debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene número de seguro social. La prestación de un número de seguro social no es obligatoria, pero si un número de seguro social no se proporcione o una indicación que la persona no posee uno, la aplicación no puede ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para averiguar la información apuntada en la solicitud. La verificación puede incluir auditorías, investigaciones, ponerse en contacto con la oficina estatal de seguridad laboral y de empleadores, y el control de la información escrita proporcionada por el hogar para confirmar la información recibida. Si se descubre que la información es incorrecta, una pérdida de beneficios o acciones legales pueden ocurrir. Estos hechos deben ser dichos al miembro del hogar cuyo número de seguridad social esta anotado en la solicitud. El número de seguridad social también puede ser divulgado a programas como autorizados en virtud de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, y la Contraloría General de los Estados Unidos y los funcionarios policiales con el propósito de investigar las violaciones de algunos programas federales, estataesl y locales de educación, de salud y de nutrición.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados o solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión o represalia; y en los casos en que aplique, por afinidad política, estado civil, familiar o parental; orientación sexual; si todo el ingreso de una persona o parte de el proviene de programas de asistencia; si ha protegido información genética por su trabajo o en cualquier programa o actividad conducida y establecida por este departamento. (No todas las bases de prohibición contra la discriminación aplican a todos los programas y/o actividades laborales.) Si usted desea presentar una queja por discriminación, llene el formulario *USDA Program Discrimination Complaint Form que* se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA , o llame al (866) 632-9992 para pedir el formulario. Usted puede también escribir una carta que incluya toda la información requerida en el formulario. Envíenos su queja o una carta por correo a: *Departamento de Agricultura de EEUU*, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico: program.intake@usda.gov. Las personas que padecen sordera, problemas de audición y/o del habla pueden contactar al *Departamento de Agricultura de EEUU* a a través de *Federal Relay Service* (Servicios de retransmisión federal) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (Español). El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos es un proveedor de igualdad en oportunidades y en contratación.

_____
Firma del Representante del Patrocinador