GUIA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Para proveedoras de servicios de guardería que califican como Tarifa 1

Los beneficiarios de los siguientes programas son automáticamente elegibles para reembolso Tarifa I.

- CalFresh Program (formerly known as Food Stamps)
- CalWorks- California Work Opportunity and Responsibility to Kids Program
- Programa de Distribución de Alimentos en Reserva Indígena
- Foster Care Program - Programa de Cuidado de Crianza

La escala de elegibilidad es para determinar la categoría de elegibilidad del participante para el reembolso de comidas federales si no son receptores de ninguno de los programas anteriores. Los participantes de hogares con ingresos brutos totales en o por debajo de los siguientes niveles pueden ser elegibles para las tarifas de reembolso de Tarifa I.

Escala de Elegibilidad de Ingresos

Efectivo a partir del 1 de Julio de 2026 hasta el 30 de Junio de 2027

Escala de Nivel I para Guarderías

TAMAÑO DE HOGAR *	ANUAL	mensual	2 VECES POR MES	CADA 2 SEMANAS	semanal
1	$29,526	$2,461	$1,231	$1,136	$568
2	$40,034	$3,337	$1,669	$1,540	$770
3	$50,542	$4,212	$2,106	$1,944	$972
4	$61,050	$5,088	$2,544	$2,349	$1,175
5	$71,558	$5,964	$2,982	$2,753	$1,377
6	$82,066	$6,839	$3,420	$3,157	$1,579
7	$92,574	$7,715	$3,858	$3,561	$1,781
8	$103,082	$8,591	$4,296	$3,965	$1,983
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:	$10,508	$876	$438	$405	$203

* El hogar es sinónimo de familia y significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una institución o pensión, pero que viven como una unidad económica compartiendo vivienda y todos los ingresos y gastos significativos.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

"This institution is an equal opportunity provider." *FNS Instruction 113-1, Page 15(IX)(d)(2)*

Child Development Associates
180 Otay Lakes Road, Ste. 300
Bonita CA 91902

REQUISITOS PARA PROVEEDORAS DE TARIFA II PARA TARIFA I (2026/2027)

Llene, firme y devuelva este formulario a su patrocinador de cuidado infantil en el hogar.
Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a: **Cecy Torimaru 1 800 698 9798 o 619 427 4922**

Nombre del proveedor de cuidado infantil en el hogar:	☐ Marque aquí si su hijo o hijos están inscritos para recibir cuidado en su hogar
¿Solicita beneficios como un hogar de Nivel I?	☐ Sí ☐ No

Parte 1 – Información de sus hijos: Escriba los nombres de todos los niños en su grupo familiar inscritos bajo su cuidado.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Niño a cargo de servicios sociales (Foster Child) *
			☐
			☐
			☐
			☐

* Si el niño a cargo de servicios sociales recibe un ingreso para uso personal, anote la cantidad y la frecuencia con que lo recibe en la última columna de la parte 3.

Parte 2 – Elegibilidad por categoría (grupo familiar): Si alguien en su grupo familiar recibe ayuda a través de CalFresh (anteriormente conocido como cupones de comida [Food Stamps]), Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), escriba el nombre de esa persona a continuación, marque el cuadro del programa correspondiente y anote el número de caso del programa. Incluya copia de su "Notificación de Acción"

Apellido, Nombre	Marque uno	Número de caso
	☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDPIR	

Parte 3 – Elegibilidad por ingresos (No es necesaria si anotó un número de caso en la parte 2)

☐ Marque esta casilla si nadie del grupo familiar recibe ingresos.

Nombres de integrantes del grupo familiar (Anote **todos** los integrantes del grupo familiar que no anotó en la parte 1).	**Ingresos brutos** y la frecuencia con que se recibieron (por ejemplo, cada semana, cada 2 semanas, 2 veces por mes, mensual o anualmente)***			
	Ingresos por trabajo antes de deducciones	Pensión alimenticia, manutención de menores	Jubilación, pensiones, Seguro Social	Todos los demás ingresos (incluir aquí el ingreso para uso personal de niños a cargo de servicios sociales)
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Anote la cantidad total de integrantes del grupo familiar
(Niños anotados en la parte 1 + otros integrantes anotados en la parte 3): ____ (Vaya a la parte 4.)

***Se pide a los solicitantes sin ingresos que anoten un cero en el campo pertinente o que marquen la casilla para indicar que el hogar no recibe ingresos. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío es una indicación positiva de que no hay ingresos y certifica que no hay ingresos que declarar. Las solicitudes que tengan campos de ingresos vacíos se procesarán como completas.

Child Development Associates
180 Otay Lakes Road, Ste. 300
Bonita CA 91902

Parte 4 – Firma y certificación		
SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro programa elegible es vigente, correcto o que se declaran todos los ingresos. Entiendo que se proporciona esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la agencia pueden verificar la información proporcionada en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.		
Nombre del adulto en letra de imprenta: Firma del adulto:		Fecha:
Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social XXX-XX-____		☐ No tengo un número de Seguro Social
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono durante el día:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar al participante para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando solicita en nombre de un menor bajo cuidado adoptivo temporal o anota un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP o CalFresh), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF o CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el participante reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución del programa.

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social podrían usarse para identificar al miembro del hogar al verificar la exactitud de la información declarada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y podría incluir comunicarse con los empleadores para determinar los ingresos, comunicarse con la oficina de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para determinar la certificación actual para recibir beneficios de estos programas, contactar a la oficina estatal de seguridad en el empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisar la documentación presentada por el miembro del hogar para comprobar el monto de los ingresos recibidos. Estas medidas podrían resultar en una pérdida o reducción de los beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se declara información incorrecta. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social también pueden divulgarse a programas según lo autoriza la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Nutrición Infantil (Child Nutrition Act), al Contralor General de los Estados Unidos y a funcionarios del orden público con el fin de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

Parte 5 – identidad racial/étnica (opcional)			
Etnicidad:	☐ Hispano o latino	☐ No hispano o latino	
Raza (seleccione una o más):	☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano
	☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico		☐ Blanco

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE EE.UU.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y la orientación sexual),, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por:

(1) Correo postal: 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
(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Child Development Associates
180 Otay Lakes Road, Ste. 300
Bonita CA 91902

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL
REQUISITOS PARA PROVEEDORAS DE TARIFA II PARA TARIFA I (2018/2019)

Si necesita ayuda, por favor llame al: **Cecy Torimaru 1 800 698 9798/ 619 427 4922**

Nombre del proveedor de cuidado infantil en el hogar
a) Escriba su nombre en letra de imprenta.
b) Si su hijo o hijos están inscritos para recibir cuidado en su hogar, marque la casilla en la segunda columna que dice "Marque aquí si su hijo o hijos están inscritos para recibir cuidado en su hogar".
c) Indique si está solicitando beneficios como hogar de tarifa I marcando "Sí" o "No" en la segunda columna.

Parte 1 – Información de sus hijos
a) Anote el nombre de su hijo o hijos que están inscritos para recibir cuidado infantil y sus fechas de nacimiento.
b) Si su niño está a cargo de servicios sociales, marque la casilla a la derecha de la fecha de nacimiento en la columna marcada "Niño a cargo de servicios sociales".

Parte 2 – Elegibilidad por categoría (grupo familiar): Si alguien en su grupo familiar recibe CalFresh (anteriormente conocido como cupones de comidas [Food Stamps]), CalWORKs o FDPIR, llene la parte 2 y firme el formulario en la parte 4. No llene la parte 3.
a) Escriba en letra de imprenta el nombre del beneficiario. Sólo se necesita un beneficiario.
b) Marque la casilla correspondiente al programa que hace que el grupo familiar sea elegible para recibir un reembolso más alto.
c) Escriba el número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.
d) Mande una copia de la más reciente "Notificación de Acción".
e) Sáltese la parte 3. Llene la parte 4. La parte 5 es opcional.
Todos los niños en el grupo familiar son elegibles por categoría para un reembolso de Nivel I si cualquier integrante del grupo familiar recibe beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

Parte 3 – Elegibilidad por ingresos: Llene esta sección si no recibe los beneficios que se enumeran en la parte 2.
a) Escriba los nombres de todos los integrantes del grupo familiar que no se incluyeron en la parte 1. No incluya a los niños que reciben el cuidado infantil. Incluya a los integrantes del grupo familiar, incluso si no tienen ingresos. Inclúyase a sí mismo, su cónyuge o pareja y a todos los integrantes (por ejemplo, su abuela, etc.) si son parte de su grupo familiar.
b) Anote la cantidad de ingresos que cada persona recibió antes de impuestos u otras deducciones, y la frecuencia con que se recibieron. Todas las cantidades de ingresos deben anotarse en la columna correspondiente del formulario. Si tiene niños a cargo de servicios sociales bajo su cuidado y llenó esta sección para incluir a otros niños que reúnen los requisitos y así recibir un reembolso mayor, anote cualquier otro ingreso de uso personal de dicho niño. No es necesario declarar los pagos que recibe de la agencia de colocaciones para el cuidado del niño.
c) Si alguna persona es trabajador independiente, escriba la cantidad de ingresos que dicha persona gana. Si necesita ayuda, llame al número que aparece al principio del formulario.
d) Si su hogar no tiene ingresos en la actualidad, marque la casilla que dice "Marque aquí si el grupo familiar no tiene ingresos".
e) Anote el número total de integrantes del grupo familiar.
f) Enviar copia de la forma de Impuestos 2023 1040 página 1 & 2 (firma original en la página 2) y Schedule 1 y C
g) Diríjase a la parte 4.

INGRESOS QUE DEBE DECLARAR		
Ingresos por trabajo Sueldos/salarios/propinas Beneficios por huelga Indemnización por desempleo Indemnización al trabajador Ingreso neto por trabajo independiente **Pensión alimenticia/Manutención de menores** Pagos de pensión alimenticia o manutención de menores	**Pensiones/jubilación/Seguro Social** Pensiones Ingreso de seguridad complementario Ingreso por jubilación Pagos para veteranos de guerra Seguro Social	**Otro ingresos mensuales/trabajo independiente** Beneficios por discapacidad Efectivo retirado de ahorros Interés de dividendos Interés de: herencias/fondos de inversiones/inversiones Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar Derechos netos de autor/anualidades/ingreso neto por arrendamiento Subsidio militar para vivienda fuera de la base Ingreso de uso personal de niños a cargo de servicios sociales (puede incluir ingresos de la familia del niño para uso personal o dinero ganado por el niño) Cualquier otro ingreso

Parte 4 – Firma y certificación
a) Escriba el nombre del integrante del grupo familiar que firma este formulario.
b) El formulario debe tener la firma de un integrante adulto del grupo familiar.
c) El integrante adulto que firme la declaración debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "No tengo un número de Seguro Social". No necesita un número de Seguro Social si incluye un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

Parte 5 – Identidad racial/étnica: No está obligado a contestar esta preguntar para obtener asistencia para comidas, pero proporcionar esta información ayudará a dar un trato justo y equitativo a todos los participantes.	
a) Etnicidad:	
1)	Hispano o latino. Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano, sudamericano u otro, sin tener en cuenta la raza. El término "de origen hispano" puede usarse además del de "hispano o latino".
2)	No hispano o latino.
b) Raza: Seleccione una o más.	
1)	Indígena americano o nativo de Alaska. Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica o Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y con una afiliación a una tribu o adhesión a una comunidad.
2)	Asiático. Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o Subcontinente Indio, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
3)	Negro o afroestadounidense. Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como "haitiano" o "negro" además del de "Negro o afroestadounidense".
4)	Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico. Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
5)	Blanco. Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Medio Oriente o África del Norte.