This letter is intended for the parents or guardians of children enrolled at:

Family Gatherings

Dear Parent/Guardian:

This center offers healthy meals to all enrolled children as part of our participation in the U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). The CACFP reimburses centers for healthy meals and snacks served to children enrolled in child care based on their eligibility for free or reduced-price meals. Higher reimbursement is received for meals served to enrolled participants who are eligible for free or reduced-price meals, and this reimbursement is then used to purchase healthy food to prepare nutritious meals. Please help us comply with the requirements of the CACFP by completing the attached Meal Benefit Income Eligibility Form so that we can determine your child(ren)'s eligibility for free or reduced-price meals.

1. **Am I required to complete a Meal Benefit Income Eligibility Form in order to receive meals?** No, but if you choose to do so, this center may receive a higher reimbursement for the meals you receive, which is used to buy nutritious food for meals.

2. **Do I need to fill out a Meal Benefit Form for each of my children in day care?** If all children enrolled for care at this center live in the same home, you only need to complete and submit one CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form for these children. We cannot approve a form that is not complete, so be sure to read the instructions carefully and fill out all required information. **Return the completed form to the child care center's director.**

3. **Who is eligible for free or reduced-price meals?** While this center does not charge for meals served, children in households receiving benefits in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR); foster children (reference question #7 for more information on foster children); or children designated as homeless are automatically eligible for free meals, and no additional income information needs to be provided.

Children enrolled in a Head Start Program (HSP), Early Head Start Program (EHSP), or Even Start Program (ESP) (must not have yet entered kindergarten) are also eligible for free meals. Households with children enrolled in an HSP, EHSP, or ESP can provide a certification letter from the program of the child's enrollment and do not need to complete the CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form. Note that only the child or children enrolled in these programs will qualify for benefits.

All other children living in households with a combined income that does not exceed the household income thresholds attached to this letter and as documented on the Meal Benefit Income Eligibility Form are eligible for reduced-price meals and may be eligible for free meals based on the determination of this center.

4. **Who should I include as members of my household?** You must include everyone in your household (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) who shares income and expenses. You must include yourself and all children who live with you, including foster children or homeless children who temporarily live with you.

5. **How do I report income information and changes in employment status?** The income you report must be the total gross income listed by source for each household member received last month. If last month's income does not accurately reflect your circumstances, you may provide a projection of your monthly income. If no significant change has occurred, you may use last month's income as a basis to make this projection. If your household's income is equal to or less than the amounts indicated for your household's size on the attached Income Chart, the center will receive a higher level of reimbursement. Once properly approved for free or reduced-price benefits, whether through income, providing a current SNAP, TANF, FDPIR case number, or by providing a certification letter establishing participation in an HSP, EHSP, or ESP, your child will remain eligible for those benefits for 12 full months. You should notify us, however, if you or someone in your household becomes unemployed, and the loss of income causes your household income to be within the eligibility standards.

6. **What if my income is not always the same?** List the amount that you normally get. For example, if you normally get $1000 each month, but you missed some work last month and only got $900, put down that you get $1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you only get it sometimes.

7. **What if I have foster children?** Foster children who are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals. Any foster child in the household is eligible for free meals regardless of income. Households may include foster children on the Meal Benefit Form but are not required to include payments received for the foster child as income. Households wishing to apply for such benefits for foster children can provide the Texas Department of Family and Protective Services Form 2085FC, Placement Authorization Foster Care/Residential Care, to their child's caregiver and do not need to complete the CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form.

8. **We are in the military, do we include our housing and supplemental allowances as income?** If your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative and you receive the Family Subsistence Supplemental Allowance, do not include these allowances as income. Also, in regard to deployed service members, only that portion of a deployed service member's income made available by them or on their behalf to the household will be counted as income to the household. Combat Pay, including Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) is also excluded and will not be counted as income to the household. All other allowances must be included in your gross income.

In the operation of child feeding programs, no person will be discriminated against because of race, color, national origin, sex, age or disability.

If you have other questions or need help, call Amy Pringle at (832) 282-1351.

Sincerely,

Eliana Garcia

Texas Department of Agriculture
Form 1625-A
April, 2026

Income Eligibility Guidelines for Determining Free or Reduced-Price Benefits July 1, 2026 - June 30, 2027

Children from households whose incomes are at or below the levels shown below, or who receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Adult Day Care participants whose household incomes are at or below the levels shown below, or who receive Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), or SNAP benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Ingresos máximos para determiner la elegibilidad para beneficios gratuitos o a precio reducido 1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

Los niños de hogares con ingresos iguales o menores a los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), ayuda del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Las personas que participan en programas de Cuidado Diario para Adultos cuyos ingresos familiares son iguales o por debajo de los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), TANF, o beneficios de SNAP o FDPIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
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
For each additional family member add:	$10,508	+$876	+$438	+$405	+$203

Name of Child Care Facility: Family Gatherings

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Part 1. All Household Members

Names of all household members (First, Middle Initial, Last)	CHECK IF ENROLLED CHILD	CHECK IF A FOSTER CHILD (THE LEGAL RESPONSIBILITY OF A WELFARE AGENCY OR COURT) OR A HOMELESS CHILD * IF ALL CHILDREN LISTED BELOW ARE FOSTER OR HOMELESS CHILDREN, SKIP TO PART 5 TO SIGN THIS FORM.	CHECK IF NO INCOME
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Part 2. Benefits: If any member of your household receives SNAP, TANF, or FDPIR benefits, provide the name and eligibility number for the person who receives benefits. **If no one receives these benefits, skip to part 4.**

NAME: _____ ELIGIBILITY NUMBER: _ _ _ _ _ _ _ _ _

*SNAP or TANF number must be the 8 or 9 digit **EDG#** assigned by HHSC.

Part 3. (Applies only to parents / guardians with children enrolled in a day care home or day care home provider households)
If any member of your household receives benefits listed on the enclosed *List of Eligible Federal/State Funded Programs (H1660)*, provide the name of the program and eligibility number:

NAME _____ ELIGIBILITY NUMBER: _____ ☐ Check here if no eligibility number

ADDITONALLY, PLEASE ATTACH OFFICIAL EVIDENCE OF ENROLLMENT IN THE LISTED PROGRAM. If you are not a day care home provider, do not have a child enrolled at a day care, and/or are not participating in a qualifying program, skip to Part 4.

Part 4. Total Household Gross Income—You must tell us how much and how often

A. Name (List **only** household members with income)	**B. Gross income and how often it was received** **Note:** Self-employed report income after expenses in box 1																			
	1. Earnings from work before deductions						2. Welfare, child support, alimony						3. Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits						4. All Other Income					
		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annually		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annually		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annually		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annually
Example: Jane Smith	$ 200	☑	☐	☐	☐	☐	$ 150	☐	☐	☑	☐	☐	$ 100	☐	☐	☐	☑	☐	$ 200	☐	☐	☑	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐

Part 5. Signature and Last Four Digits of Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign this form. **If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box.** (See Privacy Act Statement on the next page.)

I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the center or day care home will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted.

Sign here: _____ Print name: _____

Date: _____

Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Last four digits of Social Security Number: * * * - * * - _ _ _ _ ❑ I do not have a Social Security Number

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Part 6. Participant's ethnic and racial identities (optional)

Mark one ethnic identity:	Mark one or more racial identities:	
☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Asian ☐ White ☐ Black or African American	☐ American Indian or Alaska Native ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Part 7. Sharing Information With Other Programs: OPTIONAL

The above information may be disclosed for the purpose of enrolling children in the Children's Health Insurance Program (CHIP). Parents/guardians are not required to consent to such disclosure and electing not to allow disclosure will not adversely affect a child's eligibility.

☐ **I do elect to allow my household information to be disclosed.**

☐ **I do not elect to allow my household information to be disclosed.**

Don't fill out this part. This is 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: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Tier I_____ Tier II____

Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Privacy Act Statement:

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, we cannot approve the participant for free or reduced-price meal benefits. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the application; however, 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), or other qualifying program eligibility identifier, 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 if the participant is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the Program.

Non-discrimination Statement:

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-05080002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

CACFP STUDENT ENROLLMENT FORM

CM-1500

Center Name

Family Gatherings

This institution participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives reimbursement to provide more nutritious meals / snacks for your children. Federal CACFP regulations require all parents/guardians to complete a CACFP Enrollment Form when enrolling their child(ren) and review/update enrollment data annually thereafter.

CHILD INFORMATION

Center Enroll Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Child's First Name

Child's Last Name

Child's Birth Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Normal Days in Care
Center's Days of Operation: M-F
M T W TH F SA SU

Normal Hours in Care
Center's Hours of Operation: 6:00 AM - 6:00 PM
☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM

Meals/Snacks Child Receives
Meals/Snacks Served at Center: BRK,LUN,PMS
BRK AMS LUN PMS SUP EVS

Ethnic Identity (Check one)
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

Racial Identity (Check all that apply)
- ☐ White
- ☐ Black / African American
- ☐ Am. Indian / Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander

Gender
- ☐ Male
- ☐ Female

SITE / SPONSOR USE ONLY
Withdrawal Date: __/__/__
Re-Enroll Date: __/__/__

Center Enroll Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Child's First Name

Child's Last Name

Child's Birth Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Normal Days in Care
Center's Days of Operation: M-F
M T W TH F SA SU

Normal Hours in Care
Center's Hours of Operation: 6:00 AM - 6:00 PM
☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM

Meals/Snacks Child Receives
Meals/Snacks Served at Center: BRK,LUN,PMS
BRK AMS LUN PMS SUP EVS

Ethnic Identity (Check one)
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

Racial Identity (Check all that apply)
- ☐ White
- ☐ Black / African American
- ☐ Am. Indian / Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander

Gender
- ☐ Male
- ☐ Female

SITE / SPONSOR USE ONLY
Withdrawal Date: __/__/__
Re-Enroll Date: __/__/__

Center Enroll Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Child's First Name

Child's Last Name

Child's Birth Date ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Normal Days in Care
Center's Days of Operation: M-F
M T W TH F SA SU

Normal Hours in Care
Center's Hours of Operation: 6:00 AM - 6:00 PM
☐ AM ☐ PM to ☐ AM ☐ PM

Meals/Snacks Child Receives
Meals/Snacks Served at Center: BRK,LUN,PMS
BRK AMS LUN PMS SUP EVS

Ethnic Identity (Check one)
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

Racial Identity (Check all that apply)
- ☐ White
- ☐ Black / African American
- ☐ Am. Indian / Alaskan Native
- ☐ Asian
- ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander

Gender
- ☐ Male
- ☐ Female

SITE / SPONSOR USE ONLY
Withdrawal Date: __/__/__
Re-Enroll Date: __/__/__

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

I certify the information on this form is true and correct to the best of my knowledge and that I have received access to WIC and CACFP literature within the last 12 months.

_____ _____
Signature **Date**

Parent First Name

Parent Last Name

Cell Phone ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

This institution is an equal opportunity provider.

SITE / SPONSOR USE ONLY

Infant Declaration Form

Center Name: Family Gatherings

INSTRUCTIONS TO PARENTS:

Complete BOTH sections on this form. Sign and date where indicated. Submit to child care provider.

Section 1

Infant's Name _____ Birth Date: ____ / ____ / _____

Parent's Name _____

My child is allergic to the following foods:

_____

(A Doctor's note is required for any foods that cannot be substituted within the same food group.)

Section 2

Your child care provider offers the following iron-fortified infant formula(s):

_____

Parent Declaration - *Select only ONE of the following options.*

☐ **CENTER will provide ALL meal components for infant named above.**

or

☐ **PARENT will provide ALL meal components for infant named above.**

→ *Iron Fortified Infant Formula* / *Breast Milk* ○

Infant Formula Brand Name

or

☐ **BOTH PARENT and CENTER will provide meal components for infant named above, as indicated below.**

		0-5 Months	6-11 Months
○ *Center* or ○ *Parent*	*will provide Iron Fortified Infant Formula / Breast Milk* ○ → Infant Formula Brand Name	☐	☐
○ *Center* or ○ *Parent*	*will provide Iron Fortified Infant Cereal*		☐
○ *Center* or ○ *Parent*	*will provide Infant Fruits/Vegetables*		☐
○ *Center* or ○ *Parent*	*will provide Infant Meats*		☐
○ *Center* or ○ *Parent*	*will provide Crusty Bread/Crackers*		☐

***** This form must be updated and submitted any time there is a change in Section 2.**

I understand that once my infant child turns 6 months of age, it is my responsibility to notify the child care center director as to any limitations of solid foods that my infant child is not developmentally ready to receive.

_____ (____)_____-_____ _____ / _____ / _____

Parent Signature **Parent Phone Number** **Date**

*Please include your phone number so our CACFP Sponsor can contact you if they have any questions.

This institution is an equal opportunity provider.

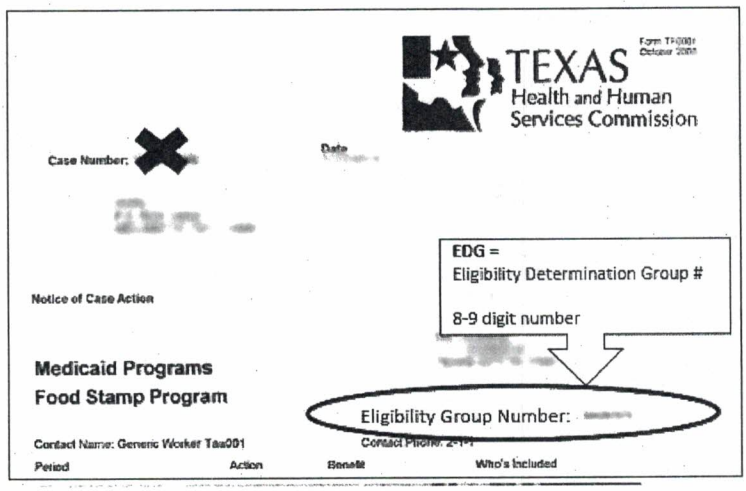
IDF 4-2026

INSTRUCTIONS FOR
CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM
(CHILD CARE)

Follow these instructions if your household receives SNAP, TANF, or FDPIR benefits:

Part 1: List all enrolled children and household members.
Part 2: List the eligibility number for any household members (including adults) receiving SNAP, TANF, or FDPIR benefits. The SNAP or TANF number must be the 8 or 9-digit EDG# assigned by HHSC.

Part 3: Skip this part.
Part 4: Skip this part.
Part 5: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are **not** necessary.
Part 6: Answer this question if you choose.
Part 7: Answer this question if you choose.



Follow these instructions If <u>all</u> children you are applying for are foster or homeless children, or if you are <u>only</u> applying for benefits for the foster or homeless child:

Part 1: List all foster or homeless children**.** Check the box indicating that the child is a foster or homeless child.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Skip this part.
Part 5: Adult household member must sign the form. The last four digits of the Social Security Number are not required.
Part 6: Answer this question if you choose.
Part 7: Answer this question if you choose.

All other households, follow these instructions:

Part 1: List all enrolled children and household members. For any people, including children, with no income, you must check the "No Income Box." Check the box if the child is a foster or homeless child.
Part 2: Skip this part. See instructions above for households participating in SNAP, TANF, or FDPIR.
Part 3: Skip this part.

Part 4: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Column A – Name: List only the first and last name of each person living in your household who share income and expenses, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) with income. Include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if you need to.

Column B – Gross Income and How Often it was Received: For each household member, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received – weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Box 1: List the gross income, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions. You should be able to find it on your stub, or your boss can tell you.

Box 2: List the amount each person got from the month from welfare, child support, alimony.

Box 3: List retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, disability benefits.

Box 4: List ALL OTHER INCOME SOURCES including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. *For ONLY the self-employed, report income after expenses in Box 1*. Box 4 is for your business, farm or rental property. Do not include income from SNAP, FDPIR, WIC or Federal education benefits. If you are in the Military Housing Privatization Initiative or get combat pay, do not include this housing allowance as income.

Part 5: Adult household member must sign the form and list the last four digits of the Social Security Number or mark the box if s/he doesn't have one.

Part 6: Answer this question if you choose.

Part 7: Answer this question if you choose.

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.

Building for the Future

This child care receives Federal cash assistance to serve healthy meals to your children.
Good nutrition today means a stronger tomorrow!

Meals served here must meet nutrition requirements established by
USDA's Child and Adult Care Food Program.

Questions? Concerns?

Call USDA at
1-866-873-2263

OR

Food and Nutrition Division at
1-800-TELL-TDA
(835-5832)

ADVANCE Child Care, Inc.
(903) 872-5231
cacfpinfo@advcc.org

TEXAS DEPARTMENT OF AGRICULTURE
COMMISSIONER SID MILLER

Fraud Hotline: 1-866-5-FRAUD-4 or 1-866-537-2834 | P.O. Box 12847 | Austin, TX 78711
Toll Free: (877) TEX-MEAL | For the hearing impaired: (800) 735-2989 (TTY)

Food and Nutrition Division
Child and Adult Care Food Program

This product was funded by USDA.
This institution is an equal opportunity provider.

Updated 11/17/2021
www.SquareMeals.org

Join Texas WIC

We're here for you

"Thanks to WIC, I now have the tools I need to make sure my family stays on the path to a healthy lifestyle."

—Roxie, WIC Client

As a WIC Client, you'll get:

- Delicious food
- One-on-one counseling with nutritionists
- Easy recipes
- Nutrition classes
- Breastfeeding support
- Health and immunization screenings
- Cooking demonstrations
- Personalized support
- Children's activities

Are you eligible?

Eight million women, infants, and children get WIC benefits. WIC is for pregnant women, new parents, infants, and children under five. If you are on Medicaid, TANF, or SNAP you already qualify.

Texas WIC Income Guidelines

Number of people in the home*	Monthly Income	Annual Income
2	$ 3,337	$ 40,034
3	$ 4,212	$ 50,542
4	$ 5,088	$ 61,050
5	$ 5,964	$ 71,558
6	$6,839	$ 82,066

Effective June 1, 2026

* A pregnant woman's household is increased by the number of infants she is expecting. If you have any income questions, call 1-800-942-3678.

Start now. Call 1-800-942-3678 or visit TexasWIC.org

TEXAS Health and Human Services | TEXAS WIC

This institution is an equal opportunity provider.

© 2020 All rights reserved. Stock no. 13-06-15123 Rev. 6/26

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES CACFP

CM-1500

Nombre del centro Family Gatherings

Esta institución participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y recibe reembolso para proporcionar comidas / meriendas más nutritivas para sus hijos. Las regulaciones federales de CACFP requieren que todos los padres/tutores completen un Formulario de inscripción de CACFP cuando inscriban a sus hijos y revisen/actualicen los datos de inscripción anualmente a partir de entonces.

INFORMACIÓN DE NIÑOS

Fecha de Inscripción Primer ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nombre del Niño(a)

Apellido del Niño(a)

Fecha de Nacimiento ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Días Normales en Cuidado L M M J V S D
M-F

Horas Normales de Cuidado ☐ ☐ AM ☐ PM to ☐ ☐ AM ☐ PM
6:00 AM - 6:00 PM

Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe DES | MER AM | ALM | MER PM | CENA | MER NOCHE
BRK,LUN,PMS

Identidad Étnica (Marque uno)
- ☐ Hispano(a) o Latino
- ☐ No Hispano(a) o Latino

Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda)
- ☐ Blanca
- ☐ Negra/Afroamericana
- ☐ India Americana/Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico

Gender
- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR
Fecha de Retiro: __/__/____
Fecha de Reinscripción: __/__/____

Fecha de Inscripción ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Primer Nombre del Niño(a)

Apellido del Niño(a)

Fecha de Nacimiento ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Días Normales en Cuidado L M M J V S D
M-F

Horas Normales de Cuidado ☐ ☐ AM ☐ PM to ☐ ☐ AM ☐ PM
6:00 AM - 6:00 PM

Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe DES | MER AM | ALM | MER PM | CENA | MER NOCHE
BRK,LUN,PMS

Identidad Étnica (Marque uno)
- ☐ Hispano(a) o Latino
- ☐ No Hispano(a) o Latino

Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda)
- ☐ Blanca
- ☐ Negra/Afroamericana
- ☐ India Americana/Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico

Género
- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR
Fecha de Retiro: __/__/____
Fecha de Reinscripción: __/__/____

Fecha de Inscripción ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Primer Nombre del Niño(a)

Apellido del Niño(a)

Fecha de Nacimiento ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Días Normales en Cuidado L M M J V S D
M-F

Horas Normales de Cuidado ☐ ☐ AM ☐ PM to ☐ ☐ AM ☐ PM
6:00 AM - 6:00 PM

Comidas/Meriendas Que el Niño(a) Recibe DES | MER AM | ALM | MER PM | CENA | MER NOCHE
BRK,LUN,PMS

Identidad Étnica (Marque uno)
- ☐ Hispano(a) o Latino
- ☐ No Hispano(a) o Latino

Identidad Racial (Marque todo lo que corresponda)
- ☐ Blanca
- ☐ Negra/Afroamericana
- ☐ India Americana/Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Hawaiano Nativo/Otra Isleño del Pacífico

Género
- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR
Fecha de Retiro: __/__/____
Fecha de Reinscripción: __/__/____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que he recivido acceso a la literatura de WIC y CACFP en los últimos 12 meses.

_____ _____
Signature **Date**

Nombre del Padre

Apellido del Padre

Teléfono Celular ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

USO EXCLUSIVO DEL SITIO/PATROCINADOR

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Formulario de Declaración Infantil:

Nombre del centro: Family Gatherings

INSTRUCCIONES A LOS PADRES:

Complete AMBAS secciones de este formulario. Firma y fecha donde se indica. Entregue al proveedor de cuidado infantil.

Sección 1

Nombre del Infante _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____

Nombre de los Padres _____

Mi hija(o) es alérgica(o) a los siguientes alimentos:

_____

(Se requiere una nota del médico para cualquier alimento que no se pueda sustituir dentro del mismo grupo de alimentos.)

Sección 2

Su proveedor de cuidado infantil ofrece las siguientes fórmulas infantiles fortificadas con hierro:

_____

Declaración de los padres - *Seleccione solo UNA de las siguientes opciones.*

☐ **EL CENTRO proporcionará TODOS los componentes de la comida para el infante mencionado anteriormente.**

o

☐ **LOS PADRES proporcionán TODOS los componentes de la comida para el infante mencionado anteriormente.**

↳ *Fórmula infantil fortificada con hierro / leche materna* ◯

Marca de fórmula infantil _____

o

☐ **TANTO LOS PADRES COMO EL CENTRO proporcionarán los componentes de la comida para el infante mencionado anteriormente, como se indica a continuación:**

		0-5 Meses	6-11 Meses
◯ ***Centro*** o ◯ ***Los Padres***	*proporcionará(n) fórmula infantil fortificada con hierro / leche materna* ◯ Marca de fórmula infantil _____	☐	☐
◯ ***Centro*** o ◯ ***Los Padres***	*proporcionará(n) cereal infantil fortificado con hierro*		☐
◯ ***Centro*** o ◯ ***Los Padres***	*proporcionará(n) frutas/verduras para el infante*		☐
◯ ***Centro*** o ◯ ***Los Padres***	*proporcionará(n) carnes para el infante*		☐
◯ ***Centro*** o ◯ ***Los Padres***	*proporcionará(n) pan/galletas crujientes*		☐

***** Esté formulario debe ser actualizado y entregado al centro cada vez que haya un cambio en la sección 2.**

Entiendo que una vez que mi hijo pequeño cumpla 6 meses de edad, es mi responsabilidad notificar al director del centro de cuidado infantil sobre cualquier limitación de alimentos sólidos que mi hijo pequeño no este listo para recibir desde el punto de vista del desarrollo.

_____ **Firma del Padre/Madre**

(_____)_____-_____ **Número de teléfono de los padres**

_____ / _____ / _____ **Fecha**

**Por favor incluya su número de teléfono para que nuestro patrocinador de CACFP pueda comunicarse con usted si tiene alguna pregunta.*

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

IDF 4-2026

Esta carta está destinada a los padres o tutores de los niños matriculados en

Family Gatherings

Estimado Padre/Tutor:

Este centro ofrece comidas saludables a todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado Infantil y de Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El Programa CACFP reembolsa a los centros las comidas y refrigerios saludables que se sirven a los niños inscritos en guarderías infantiles de conformidad con su elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Se recibe un reembolso mayor por comidas servidas a participantes inscritos que sean elegibles para obtener comidas gratuitas o a precio reducido. Este reembolso se utiliza posteriormente para comprar alimentos saludables destinados a la preparación de comidas nutritivas. Ayúdenos a cumplir con los requisitos del Programa CACFP completando el "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" adjunto con el fin de que podamos determinar la elegibilidad de su(s) niño(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

1. ¿Debo completar un "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" para poder recibir comidas? No, pero si decide hacerlo, este centro puede recibir un reembolso mayor por las comidas que usted recibe, que se utiliza para comprar alimentos nutritivos destinados a la preparación de comidas.

2. ¿Necesito completar un "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" para cada uno de mis niños en la guardería? Si todos los niños inscritos para recibir cuidado en este centro viven en la misma vivienda, usted solo necesita completar y enviar un "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" del Programa CACFP para estos niños. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, así que asegúrese de leer las instrucciones cuidadosamente y de incluir toda la información requerida. Devuelva el formulario completado al director del centro de cuidado infantil.

3. ¿Quién es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido? Si bien este centro no cobra por las comidas servidas, son automáticamente elegibles para la recepción de comidas gratuitas (y no es necesario facilitar información adicional sobre ingresos) aquellos niños en grupos familiares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR); también niños bajo crianza temporal (consulte la pregunta núm. 7 para obtener más información sobre niños en este regimen) o bien niños denominados como sin hogar.

Los niños inscritos en un programa de Head Start (HSP), de Early Head Start (EHSP) o de Even Start (ESP) también son elegibles para recibir comidas gratuitas (no deben haber ingresado aún a kínder). Los grupos familiares con niños inscritos en un programa de HSP, EHSP o ESP pueden brindar una carta de certificación del programa respecto a la inscripción del niño y no necesitan completar el "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" del Programa CACFP. Tenga en cuenta que solo el (los) niño(s) inscrito(s) en estos programas calificará(n) para recibir beneficios.

Todos los otros niños que vivan en grupos familiares con ingresos combinados que no excedan los umbrales de los ingresos familiares adjuntos a esta carta y como se documenta en el "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" son elegibles para recibir comidas a precio reducido y pueden serlo respecto a comidas gratuitas, según lo decida este centro.

4. ¿A quiénes debo incluir como integrantes de mi grupo familiar? Usted debe incluir a todas las personas de su grupo familiar que compartan ingresos y gastos (tales como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que vivan con usted, incluyendo niños bajo crianza temporal o sin hogar que vivan de manera provisional con usted.

5. ¿Cómo declaro información sobre ingresos y cambios en la situación laboral? Los ingresos que declare deben ser los ingresos brutos totales indicados por fuente de cada integrante del grupo familiar devengados el último mes. Si los ingresos del último mes no reflejan con exactitud sus circunstancias, puede facilitar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no se ha producido ningún cambio significativo, puede utilizar los ingresos del último mes como base para elaborar esta proyección. Si sus ingresos de su grupo familiar son iguales o menores que los montos señalados para el tamaño de su grupo familiar en la tabla de ingresos adjunta, el centro recibirá un nivel de reembolso más elevado. Una vez se reciba la aprobación correspondiente para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido, ya sea mediante ingresos o facilitando un número de caso actual de los programas SNAP, TANF o FDPIR o una carta de certificación que confirme la participación en un programa de HSP, EHSP o ESP, sus niños seguirán siendo elegibles para la recepción de esos beneficios durante 12 meses completos. Sin embargo, debe notificarnos si usted o alguien de su grupo familiar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su grupo familiar estén dentro de los estándares de elegibilidad.

6. ¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos? Indique el monto que recibe normalmente. Por ejemplo, si recibe con regularidad $1000 cada mes, pero faltó al trabajo algunas veces el mes pasado y solo recibió $900, escriba que recibe $1000 por mes. Si suele recibe remuneración por horas extras, inclúyala, pero no lo haga si solo la recibe en ocasiones.

7. ¿Qué pasa si tengo niños bajo crianza temporal? Son elegibles para la recepción de comidas gratuitas aquellos niños bajo crianza temporal que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o de un tribunal. Cualquier niño bajo crianza temporal en el grupo familiar es elegible para recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Los grupos familiares pueden incluir a niños bajo crianza temporal en el "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas", pero no están obligados a incluir pagos recibidos por el niño bajo crianza temporal como ingresos. Los grupos familiares que deseen solicitar dichos beneficios para niños bajo crianza temporal deben facilitar al cuidador de su niño el documento Form 2085FC, Placement Authorization Foster Care/Residential Care (del Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas) y no necesitan completar un "Formulario de elegibilidad según ingresos para beneficios de recepción de comidas" del Programa CACFP.

8. Estamos en las Fuerzas Armadas. ¿Incluimos nuestras asignaciones para vivienda y complementarias como ingresos? Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares y usted recibe beneficios del Programa de Asignación Complementaria para Sustento Familiar, no incluya estas asignaciones como ingresos. Además, en lo que respecta a miembros del servicio desplegados, solo la parte de los ingresos de dichos miembros que se pone a disposición por estos o en su nombre al grupo familiar se contabilizará como ingresos para dicho grupo. La remuneración por combate (incluyendo la remuneración de incentivo por ampliación del despliegue) también se excluye y no se contabilizará como ingresos para el grupo familiar. Todas las demás asignaciones deben incluirse en sus ingresos brutos.
En el funcionamiento de programas de alimentación infantil, ninguna persona será discriminada por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta, o necesita ayuda, llame Amy Pringle al (832) 282-1351.

Atentamente,

Eliana Garcia

Texas Department of Agriculture!
Form 1625-A
April, 2026

Income Eligibility Guidelines for Determining Free or Reduced-Price Benefits July 1, 2026- June 30, 2027

Children from households whose incomes are at or below the levels shown below, or who receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Adult Day Care participants whose household incomes are at or below the levels shown below, or who receive Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), or SNAP benefits, are eligible for free or reduced-price meals.

Ingresos máximos para determiner la elegibilidad para beneficios gratuitos o a precio reducido 1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

Los niños de hogares con ingresos iguales o menores a los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), ayuda del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Las personas que participan en programas de Cuidado Diario para Adultos cuyos ingresos familiares son iguales o por debajo de los niveles que se muestran a continuación, o que reciben Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), TANF, o beneficios de SNAP o FDPIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
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
For each additional family member add:	$10,508	+$876	+$438	+$405	+$203

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

Nombre de la guardería infantil o proveedor de guardería: Family Gatherings

Parte 1. Todos los integrantes del grupo familiar

Nombre del (de los) niño(s) inscrito(s):

Nombres de todos los integrantes del grupo familiar (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	MARQUE SI SE TRATA DE UN NIÑO BAJO CRIANZA TEMPORAL (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR O UN TRIBUNAL) O DE UN NIÑO SIN HOGAR. * SI TODOS LOS NIÑOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SON NIÑOS BAJO CRIANZA TEMPORAL O SIN HOGAR, PASE A LA PARTE 5 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Parte 2. Beneficios. Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR, facilite el nombre y el número de elegibilidad de dicha persona. **Si nadie recibe estos beneficios, pase a la parte 3.**
NOMBRE:_____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Se aplica solo a padres o tutores con niños inscritos en una guardería o en grupos familiares proveedores de guarderías). Si algún integrante de su grupo familiar recibe beneficios indicados en el formulario adjunto "Lista de programas elegibles financiados con fondos federales o estatales" (*H1660*), facilite el nombre del programa y el número de elegibilidad:
NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____
Marque aquí si no tiene número de elegibilidad ☐

ADEMÁS, SÍRVASE ADJUNTAR PRUEBAS OFICIALES DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MENCIONADO. Pase a la parte 4 si usted no es proveedor de guardería, no tiene un niño inscrito en una guardería o no participa en un programa calificado.

Parte 4. Ingresos brutos familiares totales: debe notificarnos su monto y su frecuencia

A. Nombre (Indique **únicamente** los integrantes del grupo familiar que devengan ingresos)	**B. Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron.** **NOTE:** Los trabajadores por cuenta propia declaran los ingresos después de gastos en la casilla 1.			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguridad Social, Programa SSI, beneficios para veteranos	4. Todos los demás ingresos
(Ejemplo) *Jane Smith*	$200/semana	$ 150/dos veces al mes	$100/mes	$200/dos veces al mes
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____

Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (debe firmar un adulto)
Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. **Si se completa la parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social".** (Consulte la "Declaración de la Ley de Privacidad" en la página siguiente).

Certifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que el centro o la guardería recibirá fondos federales en función de la información que facilite. Entiendo que los funcionarios del Programa CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa a sabiendas, el participante que recibe las comidas puede perder dichos beneficios y que se me puede someter a enjuiciamiento.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _*_*_*-_*_*-____ ❑ No tengo un número de Seguro Social

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (guarderías infantiles)

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional)

Marque una identidad étnica:	Marque una o más identidades raciales:	
☐ Hispano o latino	☐ Asiático	☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ No hispano o latino	☐ Blanco	☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
	☐ Afroamericano	

Parte 7. Compartir información con otros programas (OPCIONAL)

La información anterior puede divulgarse con la finalidad de inscribir a los niños en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Los padres o tutores no están obligados a dar su consentimiento para dicha divulgación y escoger no permitirla no afectará de manera negativa la elegibilidad del niño.

☐ **Opto por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.**

☐ **No opto por permitir que se divulgue la información de mi grupo familiar.**

No complete esta parte. Es solo para uso oficial.

Conversión a ingresos anuales: semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: ❑ Semana, ❑ Cada 2 semanas, ❑ Dos veces por mes, ❑ Mes, ❑ Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita___ Reducida___ Negada___ Nivel I_____ Nivel II____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha:_____

Declaración de la Ley de Privacidad.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información contenida en esta solicitud. No es obligatorio que facilite la información. Sin embargo, si no lo hace, no podremos otorgar aprobación al participante para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Sin embargo, el número de Seguro Social no es obligatorio cuando usted presenta la solicitud en nombre de un niño bajo crianza temporal o si señala un identificador de elegibilidad del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o de otro programa calificado, o bien cuando se indica que el integrante adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si el participante es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y ejecución del programa.

Declaración de no discriminación.

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores en materia de derechos civiles.

La información sobre programas puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con USDA's TARGET llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY) o bien ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en programas, el reclamante debe completar el formulario AD-3027 ("Formulario de presentación de quejas por discriminación en programas 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 incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del reclamante con suficiente detalle con el fin de informar al secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta contravención en materia de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA así:

(1) Correspondencia: U.S. Department of Agriculture (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico:program.intake@usda.gov.
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

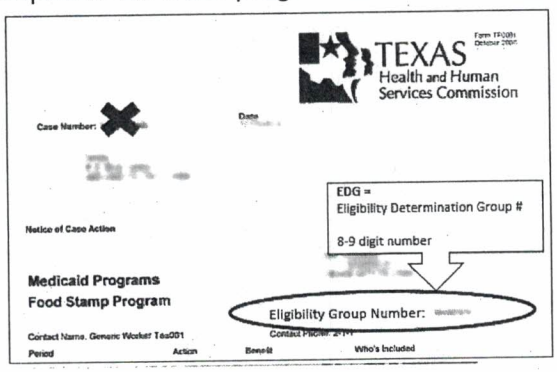
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS PARA BENEFICIOS DE RECEPCIÓN DE COMIDAS DEL PROGRAMA CACFP (GUARDERÍAS INFANTILES)

Siga estas instrucciones si su grupo familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR:

Parte 1. Indique todos los niños inscritos y los integrantes del grupo familiar.
Parte 2. Indique el número de elegibilidad de cualquier integrante del grupo familiar (incluyendo adultos) que reciba beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR. El número de los programas SNAP o TANF debe ser el EDG# de ocho o nueve dígitos asignado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). **Para proveedores de guarderías que buscan únicamente la clasificación de nivel I:** debe facilitar documentación adicional fechada que sustente su participación en estos programas.

Parte 3. Omita esta parte.
Parte 4. Omita esta parte.
Parte 5. Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social.
Parte 6. Responda esta pregunta si lo desea.
Parte 7. Responda esta pregunta si lo desea.



Siga estas instrucciones si <u>todos</u> los niños para los que se está presentando la solicitud están bajo crianza temporal o no tienen hogar, o bien si <u>solo</u> está solicitando beneficios para el niño bajo crianza temporal o sin hogar:

Parte 1. Indique todos los niños bajo crianza temporal o sin hogar. Marque la casilla que señala que el niño es está bajo crianza temporal o sin hogar.
Parte 2. Omita esta parte.
Parte 3. Omita esta parte.
Parte 4. Omita esta parte.
Parte 5. Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
Parte 6. Responda esta pregunta si lo desea.
Parte 7. Responda esta pregunta si lo desea.

Todos los demás grupos familiares deben seguir estas instrucciones:

Parte 1. Indique todos los niños inscritos y los integrantes del grupo familiar. Debe marcar la casilla "Sin ingresos" para cualquier persona que no devengue ingresos (incluyendo niños). Marque la casilla si el niño es está bajo crianza temporal o sin hogar.

Parte 2. Omita esta parte. Consulte las instrucciones anteriores para grupos familiares que participen en los programas SNAP, TANF o FDPIR.

Parte 3. Omita esta parte. Consulte las instrucciones anteriores para grupos familiares que participen en un programa calificado que figure en el formulario H1660.

Parte 4. Siga estas instrucciones para informar los ingresos familiares totales de este mes o del mes pasado.

Columna A – Nombre. Indique solo el nombre y apellido de cada persona que viva en su grupo familiar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con los ingresos (tales como abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted). Inclúyase usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Adjunte otra hoja de papel si lo necesita.

Columna B – Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron. Indique cada tipo de ingreso recibido durante el mes para cada integrante del grupo familiar. Debe notificarnos con qué frecuencia se recibe el dinero (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual):

Casilla 1. Indique los ingresos brutos, no la remuneración neta. Los ingresos brutos son el monto devengado antes de impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlos en su recibo de sueldo, o su jefe se lo puede informar.

Casilla 2. Indique el monto que cada persona recibió durante el mes en concepto de bienestar, manutención infantil y pensión alimenticia.

Casilla 3. Indique los beneficios provenientes de jubilación, del Seguro Social, del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), de la Administración de Beneficios para Veteranos y por discapacidad.

Casilla 4. Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS, incluyendo indemnización laboral, beneficios por desempleo, los beneficios por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su grupo familiar y cualquier otro tipo de ingresos. *SOLO para trabajadores por cuenta propia, declare los ingresos después de gastos en la casilla 1*. La casilla 4 es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de los programas SNAP, FDPIR o WIC, o beneficios educativos federales. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (MHPI) o recibe remuneración por combate, no incluya esta asignación para vivienda como ingresos.

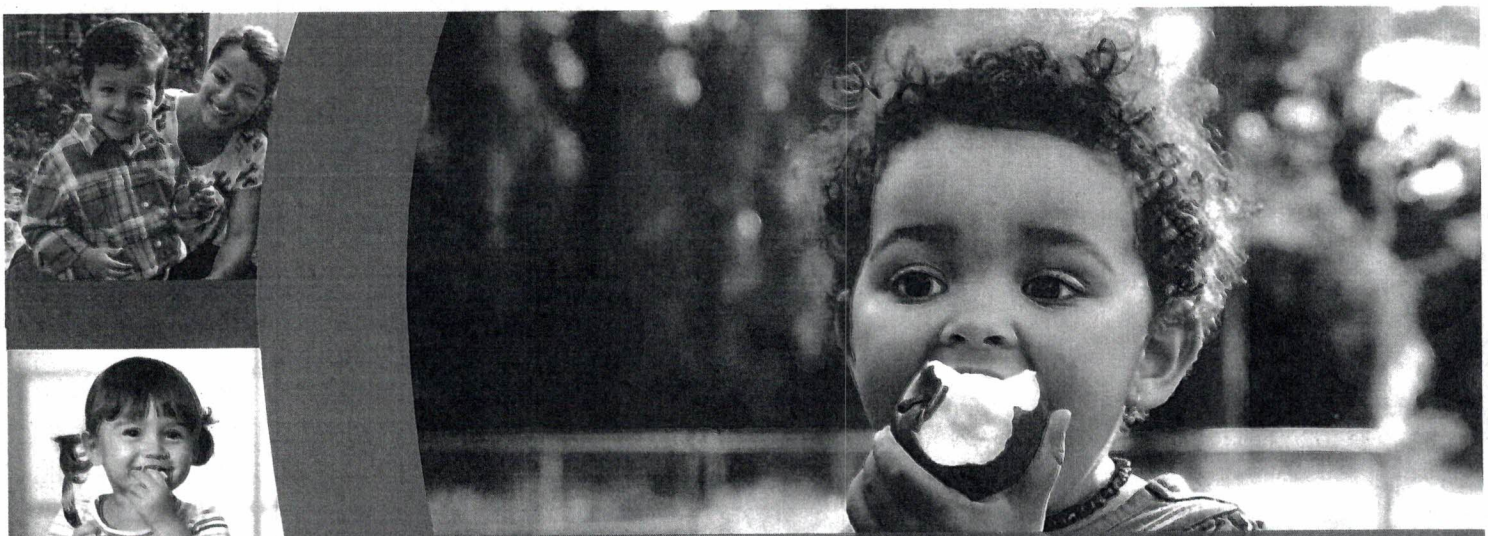
Parte 5. Un integrante adulto del grupo familiar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6. Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 7. Responda esta pregunta si lo desea.

Declaración de la Ley de Privacidad. Aquí se explica cómo utilizaremos la información que usted nos brinde.

Declaración de no discriminación. Aquí se explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.



Construyendo Para El Futuro

Este cuidado infantile recibe asistencia federal en efectivo para server comidas saludables a sus hijos. Una Buena nutricion hoy en dia significa una manana mas fuerte.

Las comidas servidas aqui cumplen con los requisites de nutricion establecidos por el Programa de Alimientos para el Cuidado de Ninos y Adultos (Child and Adult Care Food Program) de USDA.

¿Preguntas? ¿Preocupaciones?

Llame gratuitamente a USDA al
1-866-873-2263

OR

División de Alimentos y Nutrición al
1-800-TELL-TDA
(835-5832)

ADVANCE Child Care, Inc.
(903) 872-5231
cacfpinfo@advcc.org

DEPARTEMENTO DE AGRICULTURA DE TEXAS
COMISIONADO SID MILLER

Linea directa de fraude: 1-866-5-FRAUD-4 o 1-866-537-2834 | P.O. Box 12847 | Austin, TX 78711
Llamada gratuita: (877) TEX-MEAL | Para personas con problemas de audición: (800) 735-2989 (TTY)

Food and Nutrition Division
Nutrition Assistance Programs

Este producto fue financiado por el USDA.
Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

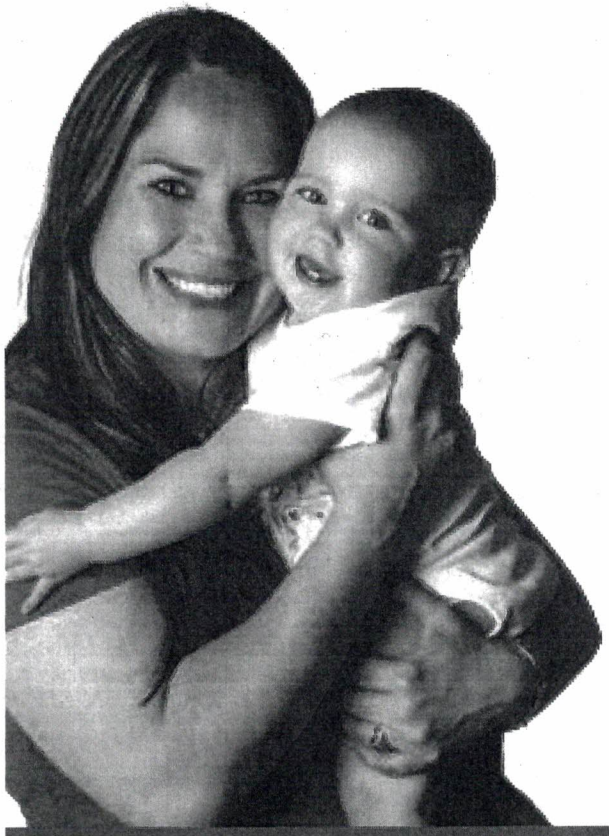
Updated 11/17/2021
www.SquareMeals.org

Ven a WIC de Texas

Estamos aquí para servirte

"Gracias a WIC, ahora tengo las herramientas que necesito para asegurar que mi familia siga el camino hacia un estilo de vida saludable."

—Roxie, cliente de WIC



Como cliente de WIC, recibirás:

- Alimentos deliciosos
- Asesoramiento individualizado con nutricionistas
- Recetas sencillas de preparar
- Clases sobre nutrición
- Apoyo para la lactancia
- Evaluaciones médicas y sobre las vacunas
- Demostraciones de cocina
- Apoyo personalizado
- Actividades para niños

¿Calificas?

Ocho millones de mujeres, bebés y niños reciben beneficios de WIC. El Programa WIC va dirigido a mujeres embarazadas, nuevos padres, bebés y niños menores de cinco años. Si ya recibes Medicaid, TANF o SNAP, es posible que califiques.

Requisitos de ingresos de WIC de Texas

Número de personas en el hogar*	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
2	$ 3,337	$ 40,034
3	$ 4,212	$ 50,542
4	$ 5,088	$ 61,050
5	$ 5,964	$ 71,558
6	$6,839	$ 82,066

Vigente a partir del 1 de junio de 2026

* El número de personas en el hogar de una mujer embarazada aumenta de acuerdo con el número de bebés que espera. Si tienes alguna pregunta relacionada con los ingresos, llama al 1-800-942-3678.

Empieza hoy mismo. Llama al 1-800-942-3678 o visita TexasWIC.org

TEXAS Health and Human Services | TEXAS WIC

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 6/26