

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR  
PARA LOS PROVEEDORES QUE VUELVAN A SOLICITAR EL ESTATUS DE  
NIVEL I POR INGRESOS O  
PARA SOLICITAR COMIDAS PARA NIÑOS QUE RESIDEN CON EL  
PROVEEDOR**

Estimado proveedor de servicios de cuidado de niños en el hogar:

Nuestros registros indican que se le determinó el estatus del nivel I o solicitó el reembolso del nivel I basándose en una de las siguientes calificaciones:

- Su cuidado de niños en el hogar calificó para el Nivel I basado en la información de ingresos sometida en la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA - Household Eligibility Application) del año pasado. Para continuar con el estatus de **Nivel I por ingresos debe completar la HEA adjunta**. Para ser elegible para el estatus de Nivel I los ingresos de su hogar deben cumplir o estar por debajo de las Guías de Elegibilidad de Ingresos o un miembro de su hogar debe ser elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF - Temporary Assistance for Needy Families).
- Su cuidado de niños en el hogar calificó para el estatus de **Nivel I debido a los datos de la escuela o del censo y usted reclamó comidas para los niños que califican** que residen en su hogar mientras otros niños estaban en la asistencia. Para seguir reclamando los niños que cumplen los requisitos y que residen en su hogar, tiene que completar la HEA adjunta y regresarla a nuestra oficina.
- Usted reclamó el reembolso del **Nivel I por las comidas servidas a un(os) hijo(s) de crianza** que cumple(n) con los requisitos, que reside(n) en su hogar mientras otros niños estaban presentes. Para seguir recibiendo el reembolso del Nivel I por un hijo(s) de crianza que reside(n) en su hogar, tiene que completar la HEA adjunta y devolverla a nuestra oficina.

Por favor note que al firmar el Número 4 de la HEA adjunta para el Programa Illinois All Kids Health Insurance, usted está declarando que no quiere que su información sea compartida con el Illinois Department of Healthcare and Family Services. Si usted está de acuerdo en revelar la información de la solicitud, puede ser usada para identificar a su(s) hijo(s) para el programa de seguro de salud. Si desea obtener más información sobre All Kids, llame al número gratuito 866/255-5437 o al 877/204-1012 (TTY).

**Directrices de Elegibilidad de Ingresos  
Efectivo del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022**

**Comidas Precio Reducido 185%**

**Guía de Pobreza Federal**

Tamaño de la Familia	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	23,828	1,986	993	917	459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
por cada miembro adicional de la familia, añadida	8,399	700	350	324	162

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor, póngase en contacto con su organización patrocinadora.

Sinceramente,

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Department of Agriculture (USDA), sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) que se encuentra en la página web: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario o carta completada al USDA por: (1) por correo: 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; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR (HEA)

Una vez que se ha aprobado apropiadamente para los beneficios de comidas, la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA - Household Eligibility Application) permanecerá en efecto por 12 meses. Complete la Solicitud de Elegibilidad del Hogar (HEA) para una de las siguientes áreas.

### PARA LOS PROVEEDORES QUE NO PUEDAN CALIFICAR PARA EL NIVEL I POR LA ESCUELA O EL CENSO, SOLICITANDO EL ESTATUS DE NIVEL I POR LA ELEGIBILIDAD DE INGRESOS - REFÍERASE A LAS INSTRUCCIONES A Y B.

Si alguien (niño o adulto) en su hogar recibe el **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program)** o **Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF - Temporary Assistance for Needy Families)** u otros beneficios calificantes, siga la Instrucción A a continuación. La información será verificada por el patrocinador.

#### Instrucción A-Hogares que reciben SNAP o TANF u otros beneficios calificantes.

- **Número 1**-Liste los nombres de TODAS las personas que residen en el hogar del proveedor (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con el proveedor) y la(s) edad(es) de los niños inscritos en el cuidado de niños en el hogar del proveedor.
- **Número 3**-Registre un número de caso válido de SNAP o TANF para cualquier miembro (niño o adulto) de este hogar. El número de caso de SNAP o TANF se encuentra en la carta de elegibilidad para los beneficios o el número de caso puede encontrarse en una tarjeta médica. No indique el número de la tarjeta Illinois LINK. La información de SNAP o TANF proporcionada requerirá la verificación por parte de la organización patrocinadora. Se requiere la presentación del documento de los beneficios.
- **Número 4 (OPCIONAL)**-Programa de seguro médico All Kids de Illinois.
- **Número 6**- Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud
- **Número 7**- Proporcione una firma de un miembro adulto del hogar y feche la solicitud.
- La solicitud está completa.

Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF y quiere solicitar el reembolso más alto para su operación de guardería basado en los ingresos de su hogar, siga la **Instrucción B**.

No es necesario completar la información sobre los ingresos si la información de SNAP o TANF se proporcionó anteriormente en la Instrucción A o si todos los niños que residen con el proveedor son niños de crianza documentados (consulte la **Instrucción D**). La información será verificada por el patrocinador.

#### Instrucción B-Hogares declarando ingresos

- **Número 1**- Liste los nombres de TODAS las personas que residen en el hogar del proveedor (como abuelos, otros parientes o amigos que viven con el proveedor) y la(s) edad(es) de los niños inscritos en el cuidado de niños en el hogar del proveedor. (Los niños de crianza pueden incluirse en la HEA)
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Programa de seguro médico All Kids de Illinois.
- **Número 5**-Indique el total de los ingresos brutos (antes de las deducciones), no el sueldo neto, y la frecuencia, es decir, la frecuencia con la que se recibe el dinero, para cada miembro del hogar durante el último mes. Si los ingresos del último mes no son los habituales, puede indicarse una cantidad prevista que represente los ingresos brutos.
  - Sólo para los trabajadores por cuenta propia, indique los ingresos mensuales medios después de los gastos. Esto es para un negocio, granja o propiedad de alquiler.
  - Si recibe la paga de la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada (Military Privatized Housing Initiative) o recibe la paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.
- **Número 6**-Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud.
- **Número 7**-El proveedor debe firmar y fechar la solicitud.
- **Además**, proporcione los cuatro últimos dígitos del número del seguro social del proveedor que firma la solicitud. Si se niega a facilitar los cuatro últimos dígitos del número del seguro social, no se aprobará la solicitud. Si el adulto no tiene número de seguridad social, marque la casilla "No tengo número de seguro social".
- La solicitud está completa. Se tiene que proporcionar la documentación para apoyar toda la información (documentación de los hijos de crianza si es aplicable), talones de cheques, W-2's 1040 Schedule C, etc....)
- La organización patrocinadora verificará la información contenida en la HEA.

### PARA LOS PROVEEDORES A LOS QUE SE LES HA APROBADO EL ESTATUS DE NIVEL 1 POR LA ESCUELA O EL CENSO QUE QUIERE RECLAMAR A LOS NIÑOS, PARA INCLUIR A LOS NIÑOS DE CRIANZA CUANDO LOS NIÑOS EXTERNOS ESTÉN PRESENTES:

Si ha sido aprobado **Nivel I por datos de la escuela o del censo y desea reclamar a los hijos que califican, incluyendo los hijos de crianza, que residen con usted cuando hay niños que califican fuera de ella**, usted tiene que completar una HEA para reclamar a los hijos que califican, incluyendo a los niños de crianza que residen con usted. Consulte la **Instrucción C**. La solicitud puede ser verificada por el patrocinador.

#### Instrucción C-Proveedor aprobado en el nivel I por la escuela o el censo y desea reclamar los niños que residen con el proveedor. Siga las instrucciones proporcionadas en la Instrucción B, números 1 a 7. La organización patrocinadora puede verificar la información.

### PARA LOS PROVEEDORES IDENTIFICADOS COMO DE NIVEL II QUE QUIERAN RECLAMAR NIÑOS DE CRIANZA CUANDO HAYA NIÑOS EXTERNOS PRESENTES:

Los niños de crianza que residen con usted son elegibles para el reembolso del Nivel I para las comidas elegibles, cuando hay niños externos que califican presentes, independientemente de su estado de nivel (Nivel I o Nivel II) cuando un HEA es sometido por el proveedor. La elegibilidad del niño de crianza no se transfiere al hogar. Para documentar a un niño como niño de crianza, tiene que presentar un documento legal del DCFS o del representante designado por el DCFS para cada niño de crianza con la solicitud de elegibilidad del hogar (Household Eligibility Application). En lugar de un documento, un proveedor puede solicitar a DCFS o a su representante que complete el formulario 50-73 (Formulario de certificación de niño sin hogar, huido de casa, migrante, Head Start y de crianza) que se puede encontrar en la siguiente página web de ISBE: [https://www.isbe.net/Documents/50-73\\_hmls\\_cert\\_mm.pdf#search=form%2050%2D73](https://www.isbe.net/Documents/50-73_hmls_cert_mm.pdf#search=form%2050%2D73).

#### Instrucción D-Para el/los niños(s) de acogida que reside(n) en un hogar de proveedores, proporcione la siguiente información sobre la HEA:

- **Número 1**-Liste el(los) nombre(s) y la(s) edad(es) del(los) niño(s) de acogida que reside(n) en el cuidado de niños en el hogar del proveedor.
- **Número 2**-Marque la(s) caja(s) que indica(n) que el(los) niño(s) es(son) de crianza.
- **Número 4 (OPCIONAL)** - Programa de seguro médico All Kids Health Insurance Program de Illinois.
- **Número 6**-Marque la caja que mejor describa el propósito de la solicitud
- **Número 7**-Proporcione una firma del proveedor y feche la solicitud.
- La solicitud está completa.



