



CACFP Food Program Enrollment Form

Center Name:

Phone Number:

Niño 1		Niño 2	
1 – Nombre del Niño Inscrito:		1 – Nombre del Niño Inscrito:	
2 – Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	3 – Fecha de Matriculación: mm / dd / yyyy	2 – Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	3 – Fecha de Matriculación: mm / dd / yyyy
4 – Los Días Que Su Niño Asiste Normalmente: ☐ Lunes (Mon) ☐ Martes (Tues) ☐ Miércoles (Wed) ☐ Jueves (Thurs) ☐ Viernes (Fri) ☐ Sábado (Sat) ☐ Domingo (Sun)		4 – Los Días Que Su Niño Asiste Normalmente: ☐ Lunes (Mon) ☐ Martes (Tues) ☐ Miércoles (Wed) ☐ Jueves (Thurs) ☐ Viernes (Fri) ☐ Sábado (Sat) ☐ Domingo (Sun)	
5 – Hora de Inicio en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	6 – Hora de Finalización en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	5 – Hora de Inicio en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	6 – Hora de Finalización en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM
7 – Las Comidas Que Su Niño Recibe Normalmente Mientras en el Cuidado: ☐ Desayuno (B) ☐ Merienda (AM) ☐ Almorzar (L) ☐ Aperitivo De La Tarde (PM) ☐ Cena (S) ☐ Aperitivo De La Tarde (EV)		7 – Las Comidas Que Su Niño Recibe Normalmente Mientras en el Cuidado: ☐ Desayuno (B) ☐ Merienda (AM) ☐ Almorzar (L) ☐ Aperitivo De La Tarde (PM) ☐ Cena (S) ☐ Aperitivo De La Tarde (EV)	
8 – Anote Una Identidad Étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	9 – Anote Una o Más Identidades Raciales: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o Africano- Americano ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ Hawaiano o De Otra Isla Pacífico	8 – Anote Una Identidad Étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	9 – Anote Una o Más Identidades Raciales: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o Africano- Americano ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ Hawaiano o De Otra Isla Pacífico

Niño 3		Niño 4	
1 – Nombre del Niño Inscrito:		1 – Nombre del Niño Inscrito:	
2 – Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	3 – Fecha de Matriculación: mm / dd / yyyy	2 – Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	3 – Fecha de Matriculación: mm / dd / yyyy
4 – Los Días Que Su Niño Asiste Normalmente: ☐ Lunes (Mon) ☐ Martes (Tues) ☐ Miércoles (Wed) ☐ Jueves (Thurs) ☐ Viernes (Fri) ☐ Sábado (Sat) ☐ Domingo (Sun)		4 – Los Días Que Su Niño Asiste Normalmente: ☐ Lunes (Mon) ☐ Martes (Tues) ☐ Miércoles (Wed) ☐ Jueves (Thurs) ☐ Viernes (Fri) ☐ Sábado (Sat) ☐ Domingo (Sun)	
5 – Hora de Inicio en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	6 – Hora de Finalización en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	5 – Hora de Inicio en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM	6 – Hora de Finalización en el Cuidado: ____: ____ ☐ AM ☐ PM
7 – Las Comidas Que Su Niño Recibe Normalmente Mientras en el Cuidado: ☐ Desayuno (B) ☐ Merienda (AM) ☐ Almorzar (L) ☐ Aperitivo De La Tarde (PM) ☐ Cena (S) ☐ Aperitivo De La Tarde (EV)		7 – Las Comidas Que Su Niño Recibe Normalmente Mientras en el Cuidado: ☐ Desayuno (B) ☐ Merienda (AM) ☐ Almorzar (L) ☐ Aperitivo De La Tarde (PM) ☐ Cena (S) ☐ Aperitivo De La Tarde (EV)	
8 – Anote Una Identidad Étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	9 – Anote Una o Más Identidades Raciales: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o Africano- Americano ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ Hawaiano o De Otra Isla Pacífico	8 – Anote Una Identidad Étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	9 – Anote Una o Más Identidades Raciales: ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o Africano- Americano ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ Hawaiano o De Otra Isla Pacífico

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el formulario de inscripción e ingreso para el CACFP, así todo suplementaria información, incluyendo la forma 1625A, Construyendo Para El Futuro y WIC.

 ¿Ha finalizado los 9 pasos cado niño?	10 – La Firma de Padre o Guardián	11 – La Fecha de Firma
	Dirección de Correo Electrónico de Padre o Guardián	No. de Teléfono de Padre o Guardián

Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.



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:

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) (Ejemplo) Jane Smith	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
	\$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:

- ☐ Hispano o latino
☐ No hispano o latino

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ 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: _____ Frecuencia: ☐ Semanal ☐ Cada dos (2) semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tamaño del grupo familiar: _____

Elegibilidad categórica: _____ Fecha de retiro: _____ Elegibilidad: Gratuitas _____ A precio reducido _____ Rechazado _____ Nivel I _____
Nivel II _____

Motivo: _____

Firma del funcionario encargado de la toma de decisiones: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario encargado de confirmaciones: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario de 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.

Estimado(a) padre (madre) o tutor:

Esta carta está dirigida a los padres o tutores de los niños inscritos en centros de cuidado infantil. 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 siguiente destinatario: [Name of Center, address, phone number].
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 Reservas Indígenas (FDPRI); también niños bajo crianza temporal (consulte la pregunta núm. 7 para obtener más información sobre niños en este régimen) o bien niños denominados como sin hogar.
4. 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.
5. 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.
6. ¿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.

7. ¿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 FDPRI 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.
8. ¿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 recibir remuneración por horas extras, inclúyala, pero no lo haga si solo la recibe en ocasiones.
9. ¿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.
10. 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 otras preguntas o necesita ayuda, llame al número de teléfono que se encuentra en la primera página.

Texas Department of Agriculture

Form H1625-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 determinar 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 Reservas Indígenas (FDPRI) 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 FDPRI 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



Este cuidado infantil recibe asistencia federal en efectivo para servir comidas saludables a sus hijos. Una Buena nutrición hoy en día significa una mañana mas fuerte.

Las comidas servidas aquí cumplen con los requisitos de nutrición establecidos por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program) de USDA.

¿Preguntas? ¿Preocupaciones?

Lláme gratuitamente a USDA al
1-855-673-2263

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

OR

Centro de cuidado de niños de su hijo al Coastal Child Nutrition Services

Contact Information: CACFP Sponsor
Address: 1607 S Chestnut St, Suite M, Lufkin, TX 75901
Phone Number: 888-887-3304
Email Address: ccns@mycacfp.com
Other Necessary Information: www.mycacfp.com



DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE TEXAS
COMISIONADO SID MILLER

Línea directa de fraude: 1-855-5-FRAUD o 1-866-835-2834 (T.O. Box 2947) Austin, TX 78711
Línea directa: (877) TELL-UELA. Para personas con problemas de audición: (800) TELL-UELA (TTY)
Este producto fue financiado por el USDA.
Esta es una colaboración con el USDA.
www.SquareMeals.com



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	\$ 3,261	\$ 39,128
3	\$ 4,109	\$ 49,303
4	\$ 4,957	\$ 59,478
5	\$ 5,805	\$ 69,653
6	\$ 6,653	\$ 79,828

* El número de personas en el hogar de una mujer embarazada aumenta según los bebés que espera. Si son más de seis personas, llama a la oficina local de WIC.

** Los ingresos también se calculan por semana o por quincena.

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

TEXAS **WIC** **Health and Human Services**
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 5/21

