



CACFP Food Program Enrollment Form

Center Name:

Phone Number:

Niño 1	1 – Nombre y Apellido del niño:	Niño 2	1 – Nombre y Apellido del niño:
	2 – Fecha de Nacimiento:		2 – Fecha de Nacimiento:
	3 – Fecha de Matriculación:		3 – Fecha de Matriculación:
	4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday		4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
	5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack		7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack
(Solo Para El Uso De La Agencia) Withdrawal Date:		(Solo Para El Uso De La Agencia) Withdrawal Date:	

Niño 3	1 – Nombre y Apellido del niño:	Niño 4	1 – Nombre y Apellido del niño:
	2 – Fecha de Nacimiento:		2 – Fecha de Nacimiento:
	3 – Fecha de Matriculación:		3 – Fecha de Matriculación:
	4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday		4 – Los días que su niño asiste normalmente: <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
	5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		5 – Hora de inicio en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		6 – Hora de finalización en el cuidado: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack		7 – Las comidas que su niño recibe normalmente mientras en el cuidado: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> EV Snack
(Solo Para El Uso De La Oficina) Withdrawal Date:		(Solo Para El Uso De La Oficina) Withdrawal Date:	

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.

 <p>Ha finalizado los 7 pasos para cada niño?</p>	8 – La Firma de Padre o Guardián	9 – La Fecha de Firma
	Dirección de correo electrónico del Padre o Guardián	No. de teléfono de Padres o Guardián



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

Nombre del niño(s) inscrito(s):	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos)	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe			
	SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
(Ejemplo) Jane Smith	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes _____	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - _____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: _____ Anote una o más identidades raciales: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> hispano o latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Negro o Africano-Americano | |

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

- Sí** acepto que la información de mi familia sea divulgada.
- No** acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por 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 del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

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.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta está dirigida a todos los padres o tutores de niños que están inscritos en centros de cuidado infantil. **[Nombre del Centro]** ofrece comidas saludables para todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés).

El CACFP ofrece reembolsos por comidas y meriendas saludables que se les sirven a los niños inscritos en centros de cuidado de niños. Por favor, ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP llenando el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas que está adjunto a esta carta. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si su hijo(s) califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido.

1. ¿Debo llenar un Formulario de Calificación para el Beneficio de Comidas por cada hijo que esté en un centro de cuidado diario? Podría ser que tenga que completar y presentar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP para todos los niños de su hogar que están inscritos para recibir cuidado diario, pero sólo si están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, por eso, debe asegurarse de leer las instrucciones con cuidado y llenar toda la información que se solicita. **Devuelva el formulario ya llenado a: [nombre del centro, dirección, número de teléfono].**

2. ¿Quién puede recibir comidas gratis sin tener que entregar información sobre ingresos? Pueden recibir comidas gratis los niños en hogares inscritos en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (anteriormente "Estampillas para comida"), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIR). Los niños en familias de crianza (consulte la pregunta N° 8 si desea más información sobre niños de crianza) y los niños inscritos en el Programa "Head Start" (HSP), el Programa "Early Head Start" (EHSP), o el Programa Even Start ESP) y que aún no han comenzado el jardín infantil, también califican para recibir comidas gratis. Los hogares que tienen niños inscritos en un HSP, EHSP, o ESP, pueden entregar una carta de certificación del programa de que el niño está inscrito, y así no necesitan llenar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

3. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Los niños pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precios reducidos de la Tabla de Ingresos que se envió junto con esta solicitud. Los niños en hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas a precio reducido.

4. ¿Puedo llenar el formulario si en mi hogar hay una persona que no es ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para el beneficio de comidas del centro.

5. ¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir a todos los miembros de su hogar (es decir, los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) que comparten los ingresos y los gastos. Debe incluirse usted mismo y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir a los niños de crianza que viven con usted.

6. ¿Cómo entrego la información sobre mis ingresos y notifico los cambios en mi situación laboral? Su informe de ingresos debe presentar los ingresos totales brutos recibidos el último mes por cada miembro del hogar indicando la fuente. Si su informe de ingresos del último mes no refleja con exactitud su situación, puede presentar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no ha tenido cambios importantes, puede usar los ingresos del mes pasado como base para preparar esa proyección. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los montos indicados para el tamaño de su hogar en la Tabla de Ingresos adjunta, el centro recibirá un mayor nivel de reembolsos. Una vez que tenga la aprobación para recibir beneficios gratis o a precios reducidos, ya sea mediante ingresos o presentando un número de caso vigente del SNAP, TANF, o FDIR, usted seguirá calificando para recibir esos beneficios por 12 meses. Sin embargo, deberá notificarnos si usted o alguien de su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su hogar queden dentro de los parámetros para calificar.

7. ¿Qué puedo hacer si mis ingresos no siempre son iguales? Indique el monto que percibe normalmente. Por ejemplo, si sus ingresos mensuales generalmente son de \$1000, pero en el último mes no trabajó tanto y sólo recibió \$900, indique que recibe \$1000 mensuales. Si generalmente trabaja horas extras, debe incluir eso también, pero no lo incluya si es solamente a veces.

8. ¿Qué hago si tengo niños de crianza? Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal de crianza califican para recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza del hogar califica para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar. Los hogares pueden incluir a niños de crianza en el Formulario de Beneficios de Comidas, pero no están obligados a incluir los pagos recibidos para el niño de crianza como ingresos. Los hogares que deseen solicitar esos beneficios para los niños de crianza pueden entregar al cuidador del niño el Formulario 2085FC *Autorización de Colocación en Crianza / Cuidado Residencial* del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas, y así no tendrán que llenar el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

9. Pertenece al ejército, ¿debemos incluir nuestras pensiones de vivienda y suplementaria como ingresos? Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas del Ejército, y además recibe Un Beneficio Suplementario de Subsistencia Familiar, no incluya esas pensiones como ingresos. Además, con relación a miembros del ejército en zonas de combate, sólo se contará como ingresos del hogar la parte de los ingresos del miembro del ejército que hayan sido designados por él o a nombre suyo para que vayan al hogar. Los sueldos por combate, incluyendo el Pago de Incentivos de Extensión de Servicio (DEIP) también quedan excluidos y no se contará como ingresos del hogar. Todas las demás pensiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

10. (Únicamente para el programa de precios) ¿Se verificará la información que yo presente? Quizás. Quizás le pidamos que envíe prueba escrita para verificar la información que presentó en el formulario. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión que se tome sobre la información que yo coloque en este formulario?** Puede comunicarse con [ingrese el nombre de la persona que está a cargo de manejar las quejas/desacuerdos], ya sea en persona o mediante el siguiente número de teléfono: [ingrese el número de teléfono del empleado ya mencionado]. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[nombre, dirección, número de teléfono].**

En el manejo de los programas de alimentación infantil, no se discriminará a personas según su raza, color de la piel, nacionalidad de origen, género, edad, o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta, o necesita ayuda, llame al [número de teléfono].

Form H1625-A
March 2024

Ingresos máximos para determinar la elegibilidad para beneficios gratuitos o a precio reducido 1 de julio de 2024 - 30 de junio de 2025

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 (FDIR) 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 FDIR califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

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.

FAMILY SIZE	ANNUAL	MONTHLY	TWICE MONTHLY	BI-WEEKLY	WEEKLY
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
For each additional family member add:	\$9,953	+\$830	+\$415	+\$383	+\$192

Texas Department of Agriculture

Income Eligibility Guidelines for Determining Free or Reduced-Price Benefits July 1, 2024 – June 30, 2025

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	\$ 3,152	\$ 37,814
3	\$ 3,981	\$ 47,767
4	\$ 4,810	\$ 57,720
5	\$ 5,640	\$ 67,673
6	\$ 6,469	\$ 77,626

*Vigente a partir del 1 de abril de 2024

* 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



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 5/21

Construyendo Para El Futuro

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?

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

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: 888-887-3804
Email Address: ccns@mycacfp.com
Other Necessary Information: www.mycacfp.com



DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE TEXAS
COMISIONADO SID MILLER

Línea 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)

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

Updated 11/17/2021
www.SquareMeals.org



Food and Nutrition Division
Nutrition Assistance Programs