

Solicitud 2020-2021 para Comida Escolar Gratis y de Precio Reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no un lápiz).

PASO 1

Liste a TODOS los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Primer Nombre Del Niño	Apellido Del Niño	Nombre De Escuela	IM	Marque todas las que apliquen
				Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> No Miembro del Hogar <input type="checkbox"/>
				Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> No Miembro del Hogar <input type="checkbox"/>
				Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> No Miembro del Hogar <input type="checkbox"/>
				Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> No Miembro del Hogar <input type="checkbox"/>

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños adoptivos temporales (foster) y niños que cumplen con la definición de Migrante, Sin Hogar, o Fugado son elegibles para recibir comida gratis.

PASO 2

¿Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR? Circule uno: Si / No

Si indico NO > Complete PASO 3. Si contesto SI > Escriba un número de caso aquí y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Número de Caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

A. Ingresos Del Niño
A veces los niños del hogar ganan ingresos. Favor de incluir aquí los ingresos BRUTOS TOTALES ganados por todos los niños que figuran en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTOS del Niño	Semana	Quincena	2x mes	1x mes
\$				

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)
Enumere solo los Miembros Adultos (incluyéndose a usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (monto antes de impuestos y deducciones) para cada fuente, en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja cualquier campo en blanco, usted está certificando (jura) que no hay ingresos para informar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar	BRUTOS Ingresos Del empleo		Asistencia Pública / Mantenimiento de Menores o Pensión Matrimonial		Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos			
	Semana	Quincenal	2x mes	Mensual	Semana	Quincenal	2x mes	Mensual

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)
Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hogar

Indique si no tiene SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de adulto. Envíe la Forma Completa a: INSERT SCHOOL/DISTRICT MAILING ADDRESS

Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y mí pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican.

Firma del adulto que lleno el formulario Fecha de hoy

Nombre del adulto que completó el formulario (Favor de escribir en letra de molde): Teléfono y Correo Electrónico (opcional)

Calle y número de casa (si está disponible) No. de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Eligibility: Free Reduced Denied Determining Official's Signature: Date:

SOLAMENTE USO DE OFICINA Error Phone

Case # Application Foster Application Directly Certified: Date of Disregard:

Income Application Household Size: Per: Week Bi-Weekly (Every 2 Weeks) 2x Month Monthly Annual

Total Income: Date:

Selected For Verification: Confirming Official's Signature: Date:

Follow-Up Official's Signature: Date:

INSTRUCCIONES Guías de Ingresos

Guía de Ingresos Para Niños	
Tipo de ingreso	Ejemplos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.
Seguro Social -Pagos de discapacidad	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.
-Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.
Ingresos de personas fuera del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que regularmente le da dinero para gastar a un niño.
Ingresos de cualquiera otra fuente	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.

Guía de Ingresos Para Adultos

Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/Mantenimiento de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Jubilación/Otros Ingresos
- Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (no incluye el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local - Pagos de pensión matrimonial - Pagos de manutención - Beneficios de veteranos - Beneficios de huelga	- Seguro Social (incluyendo beneficios de jubileo de ferrocarril y de pulmón negro) - Pensiones privadas o de discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Interés ganado - Ingresos de alquiler - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratis o a precio reducido.

Etnicidad (Marque Uno):

Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur Blanco

La Ley de Almuerzo Escolar Richard B. Russell, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, audiencias para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para actividades antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, favor de completar el Formulario de USDA Queja de discriminación del Programa, AD-3027, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o favor de escribir una carta dirigida USDA y favor de poner en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o una carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 EE.UU.; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.