

Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2022-2023

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

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 Fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "**Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido**".

Primer Nombre Del Niño

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

IM

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Apellido Del Niño

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre De Escuela

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Marque todas las que aplican

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Niño Foster | Migrante, Sin hogar, Fugado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PASO 2

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

Si contesto **NO** > Complete PASO 3.

Si contesto **SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero 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).

No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?

Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.

La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Con que frecuencia? | Semana | Quincena | 2x mes | 1x mes |
| \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

| Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar | BRUTOS Ingresos Del empleo | Con que frecuencia? | | | | Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial | Con que frecuencia? | | | | Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos | Con que frecuencia? | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Semana | Quincena | 2x mes | 1x mes | | Semana | Quincena | 2x mes | 1x mes | | Semana | Quincena | 2x mes | 1x mes |
| | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| X | X | X | X | X | X | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

Indique si no hay SSN

PASO 4

"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 me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Firma del adulto que lleno el formulario Fecha de hoy

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

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

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Calle y número de casa (si está disponible)

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

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

Income Application Homeless/Migrante/Runaway

Household Size: _____

Total Income: _____ Per: Week Bi-Weekly (Every 2 Weeks) 2x Month Monthly Annual

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

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

| Guía de Ingresos Para Niños | | Guía de Ingresos Para Adultos | | |
|--|---|--|--|---|
| Tipo de ingreso | Ejemplos | Ingresos de Empleo | Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial | Pensiones/Retiro/Otros Ingresos |
| Ingresos de empleo | Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario. | - Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) | - Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador | - Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) |
| Seguro Social: -Pagos de discapacidad | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social. | Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>) | - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) | - Pensiones privadas o de discapacidad |
| -Beneficios de Sobrevivientes | Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social. | | - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local | -Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones |
| Ingresos de personas fuera del hogar | Un amigo o miembro de la familia extendida que regularmente le da dinero para gastar a un niño. | -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa | - Pagos de pensión matrimonial | - Anualidades |
| Ingresos de cualquier otro origen | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso. | | - Pagos de manutención | - Ingreso de inversión |
| | | | - Beneficios de veteranos | - Interés ganado |
| | | | - Beneficios de huelga | - Ingresos de alquiler |
| | | | | - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar |

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 gratuita 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 Nacional 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 Reservas 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, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta instituci tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles. La informacion del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicaci alternativos para obtener informaci sobre el programa

(por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabaci de audio y lenguaje de ses americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisi de Informaci al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminaci en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminaci del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la direcci y el nero de teléfono del reclamante, y una descripci escrita de la supuesta acci discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violaci de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o´

fax: (833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; o´

correo electrico: program.intake@usda.gov.

Esta instituci ofrece igualdad de oportunidades.