

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, presente una carta de Habilitación recibida de la Oficina de Temporal y Asistencia de Discapacidad o llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a _____.
Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluirlo en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____.
Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños que usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, runaway (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso está proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesita firmar la solicitud en PARTE 4. Omite PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no reciban ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, y otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos corrientes que cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de dónde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos no deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) La solicitud debe incluir sólo los últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social del adulto que firme **PARTE 4** si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tiene un Número de Seguridad Social, marque la casilla. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, los funcionarios del programa necesitan información sobre la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

Declaración de Privacidad

El Acta de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que nos da.

El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un número de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartamos 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 funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Quejas de Discriminación

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

2021-2022 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverso, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales pueden ser listados en un documento separado.

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si Usted Respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros de hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/ Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/ Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/ Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/ Frecuencia	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatros dígitos del Número de Seguridad Social: XXX-XX- _____

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firma esta solicitud y presenta los últimos cuatros dígitos de su Número de Seguro Social (SS#), o marcar el bloque "No tengo un Número de Seguro Social" antes de que pueda ser aprobado. Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la información se está dando para que la escuela recibirá fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información y si deliberadamente proveo información falsa, puede ser procesado bajo de leyes estatales y federales, y mis hijos podrían pedir beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico: Hispano o latino No hispano o latino

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____