

# Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2018-2019

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"/> |

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"/>    |

## PASO 2 Participe 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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 |  |  |  |
|  | \$                         |                     |          |        |        |   |                     |          |        |        |                                    |                     |          |        |        |  |  |  |
|  | \$                         |                     |          |        |        |   |                     |          |        |        |                                    |                     |          |        |        |  |  |  |
|  | \$                         |                     |          |        |        |   |                     |          |        |        |                                    |                     |          |        |        |  |  |  |
|  | \$                         |                     |          |        |        |   |                     |          |        |        |                                    |                     |          |        |        |  |  |  |

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 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 me 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 completo 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

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Error Prone

Eligibility: Free  Reduced  Denied

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Income Application

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: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES** Guías de Ingresos

| 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<br>- El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)   | - Beneficios de desempleo<br>- Compensación del trabajador<br>- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)<br>- Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local | - Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)<br>- Pensiones privadas o de discapacidad<br>- Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones |
| Seguro Social:<br>-Pagos de discapacidad<br><br>-Beneficios de Sobrevivientes | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.<br><br>Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social. | <b>Si usted está en el militar EE.UU.:</b><br>- Sueldo básico y bonos en efectivo ( <i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i> ) | - Pagos de pensión matrimonial<br>- Pagos de manutención<br>- Beneficios de veteranos<br>- Beneficios de huelga  | - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones<br>- Anualidades<br>- Ingreso de inversión<br>- Interés ganado   |
| 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   |  | - Ingresos de alquiler<br>- Pagos en efectivo regulares fuera del hogar  |
| Ingresos de cualquier otro origen   | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.  |  |  |  |

**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 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 firma 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.

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.