|  |  |
| --- | --- |
| **SOMERVILLE ISD, Solicitud (para Varios Niños) para para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido del 2022-2023**Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al ***http://*** www.somervilleisd.org | **This Box for School Use Only.** **Date Withdrawn:** |
| **Parte 1: Definición de** **Miembro del hogar**: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información. |
|   | **A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.** *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página*. |
| **Liste el nombre de cada niño.** | ¿Asiste a la escuela en el distrito? | Grado | Opcional: Número de Identificación del Estudiante | **Marque todo lo que aplique.** |
| Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Sí No | Niño Adoptivo Temporal (Foster) | Head Start | Sin Hogar | Migrante | Fugitivo |
| 1. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| 2. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| 3. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| 4. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad** |
| * **Si todos los niños** indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
 |
| * **¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?**
 |
| **No**> Complenté 2 y 3. **Si** > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (**EDG**, por sus siglas en inglés) en este espacio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y pase directamente a la Parte 3.**SI** > **FDPIR**, marque en la casilla **⬜**, **ignore** las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3. |
| **Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.** |
|  | **Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).** |
| 1. **Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó lasolicitud:**
 | XXX-XX | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | 🞏 **Marque aquí si no tiene un SSN** |
| 1. **Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).** *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página*.
 |
| Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba ‘0.’ Si escribe ‘0’ o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar. |
|  | **Primer Nombre del Adulto/ Apellido** (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C) | **Sueldo de Trabajo**(Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Asistencia Social/ Manutención de niños /** **Pensión alimenticia (**Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI** (Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Otros Ingresos**(Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) |
|  | 1. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
|  | 2. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
|  | 3. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
| 1. **Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (**No incluya los ingresos de los adultos.) *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página*.
 |
| Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.  | Semanal | Cada dos semanas | Dos veces por me | Mensual | Anualmente |
|  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
|  | 1. **Total de los miembros del hogar (Cuente todos los niños y adultos que viven en el hogar.)**
 | **\_\_\_\_\_** |  |
| **Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.** |
|  | **Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: Insert mailing address, fax number, email, and/or return to your child’s school.** |
| *Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.* |
|  |  |  |  |  |
| Dirección/Apt. | Ciudad | Estado | Código Postal | Número de teléfono y correo electrónico (opcional) |
|  |  |  |
| Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud | Firma del adulto que llenó la solicitud | Fecha de hoy |

|  |
| --- |
| **Parte 1: Nombres Adicional** |
|   | **Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.** |
| **Liste el nombre de cada niño.** | ¿Asiste a la escuela en el distrito? | Grado | Opcional: Número de Identificación del Estudiante | **Marque todo lo que aplique.** |
| Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre |  Apellido | Sí No | Niño Adoptivo Temporal (Foster) | Head Start | Sin Hogar | Migrante | Fugitivo |
| 5. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| 6. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| 7. |  |  | ⬜ ⬜ |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **Parte 2: Nombres Adicional** |
|  | **B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).** |
|  | **Primer Nombre del Adulto/ Apellido** **(**No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D) | **Sueldo de Trabajo**(Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Asistencia Social/ Manutención de niños /** **Pensión alimenticia (**Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI** (Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) | **Otros Ingresos**(Ponga el monto) | **Frecuencia**(Marque la frecuencia con un círculo) |
|  | 4. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
|  | 5. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
|  | 6. | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A | $ | W–E–T–M–A |
| **C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (**No incluya los ingresos de los adultos.) *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página*. |
| Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.  | **Semanal** | **Cada dos semanas** | **Dos veces por mes** | **Mensual**  | **Anualmente** |
|  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ | $ | $ | $ |
| **Step 4 (Optional), Permiso para Compartir Información con Otros Programas** |
| Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Por favor, marque con un círculo cualquier programa o beneficio de la lista siguiente del que usted desee recibir la información en esta solicitud. El hecho de llenar esta sección no cambiará si sus niños pueden recibir o no comida gratuita o a precio reducido. |
|  Programas:  |

**La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

|  |
| --- |
| Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente 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 AgricultureOffice of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SWWashington, D.C. 20250-9410; or**(2) fax:**(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o**(3) correo electrónico:**program.intake@usda.govEsta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades. |
| **Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.** |
| ***Income Determination:*** *Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Every 2 Weeks x 26 | Twice a Month x 24 | Monthly x 12* | **Date Received:** |
| **Categorical Determination:** ⬜ |
| Household Size: \_\_\_\_\_ | Total Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Weekly ⬜ Every 2 Weeks ⬜ Twice a Month ⬜ Monthly ⬜ Annually ⬜ | **Eligibility:** Free ⬜ Reduced ⬜ Denied ⬜ |
| Reviewing/Determining Official’s Signature/Date | Confirming Official’s Signature/Date |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Da