

Las Cruces Public Schools

POR FAVOR DE ENTREGAR SOLAMENTE A LA CAJERA O MANEJADOR(A) DE LA CAFETERIA

PARA RECIBIR AYUDA CON ESTA FORMA LLAME AL TELEFONO (575)527-5995

APLICACION DOMESTICA PARA

COMIDAS/REFRIGERIOS GRATUITAS

2019-2020



F <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>

A. MIEMBROS DE LA FAMILIA (SOLO UNA APLICACION POR FAMILIA)

IMPRIMA LOS NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
ESCRIBA EL NOMBRE COMO APARECE EN EL REGISTRO ESCOLAR

Ingresos (Ingresos Antes De Deducciones)

TANF
Cheque de Sostentamiento para los niños
Alimenticia

Pagos De
Pensión, Jubilación,
Seguro Social

Otro tipo De Ingreso

***INDICAR CADA CUANDO SE LE PAGA*SEMANAL/CADA OTRA SEMANA/DOS VECES POR MES/MENSUAL/ANUAL**

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado	Ingreso De Niños	Sin Hogar/Migrante Crianza	Empleo 1 *	Empleo 2 *			
1 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8 _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Numero TOTAL de los miembros de familia: _____

Aprobación de su aplicación no eliminara sus cargos de balance negativos de su cuenta.

B. HIJO (A) DE CRIANZA: Si esta solicitud es por un hijo o hija de crianza quien la Agencia de Bienestar Social o la corte es la responsabilidad legal, marque aqui
 Ponga aquí la cantidad que el niño(a) recibe como ingresos personales \$ _____. Marque "0" si el niño(a) no recibe ingresos. (Llene una aplicación por cada niño (a).)

Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe Beneficios de los Programas (SNAP, FDPIR, O TANF CASH ASSISTANCE). Anote el nombre y el numero de caso de la persona que recibe los beneficios.

NOMBRE: _____ NUMERO DE CASO: _____

CASTIGO POR MALA INTERPRETACION: Yo afirmo que toda la información es cierta y correcta y que los ingresos fueron reportados. Yo entiendo que esta información se esta dando para recibir fondos federales: que oficiales de la escuela pueden verificar la información en esta aplicación y que la información representada falsamente deliberadamente sujetarme a prosecución bajo leyes aplicables estatales y federales.

C. FIRMA: Un miembro adulto de la familia TIENE que firmar la aplicación antes de que pueda ser aprobada. Incluir los últimos cuatro dígitos del numero de seguro social.

FIRMA DE UN ADULTO

NOMBRE DEL ADULTO EN LETRA MOLDE

Incluir los últimos cuatro dígitos del numero de Seguro Social.

NO TIENGO NUMERO DE SEGURO SOCIAL

TELEFONO DE RESIDENCIA/TELEFONO DE TRABAJO

DOMICILIO/DOMICILIO DE COREO

CODIGO POSTAL

FECHA DE FIRMA

D. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta 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 mas):



Indio Americano o Nativo de Alaska
Asiático
Negó o Americano Africano
Nativo de Hawái o Otro Isleño del Pacifico Sur
Blanco

***INFORMACION DE LA ACTA PRIVADA**

La Ley Nacional de Comedores 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 miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números de SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un numero de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria(SNAP, por sus siglas en ingles), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en ingles) o el Programa de Distribución de comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas in ingles) o otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro 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 ayúdales 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 de reglamento programático.

***DISCRIMINACION-QUEJAS**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en ingles) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional edad, discapacidad, sexo, identidad de genero religión, o retaliación por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno orientación sexual información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de cualquier programa publica asistencial, en el empero o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departament, (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.) Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete o Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_fling_cust.html. El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866)632-9992. Envié por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección:
U.S Department of Agriculture
Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
Fax: (202) 690-7442; o por correo electrónico a: program.intake@usda.gov.
Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800)877-8339 o (800)845-6136 (español). EL USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades. NOTICIAS PARA LOS PADRES: Si es aprobado su hijo/a será elegible para un desayuno y una comida por día cuando asista a la escuela. Segundas comidas pueden ser compradas a un precio sin devolución de \$3.00* También, en la caja de la cafetería hay una lista de precios de lo artículos individuales en el menú. Un aviso escrito por correo se enviara dentro de diez días de recibida la solicitud.
*SUBJETO A CAMBIO

Firma De Oficial Que Determina

Fecha

Firma De Oficial Que Confirma

Fecha

Firma De Oficial Que Verifica

Fecha

Para Uso De Oficina Solamente
