

Solicitud 2023-2024 para comidas escolares gratuitas o a precio reducido o leche gratis
Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

Solicitante nuevo Solicitante anterior

STEP 1: Enumere TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

<p>Definición de miembro del hogar. "Cualquiera que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no son parientes".</p> <p>Niños en cuidado de crianza y los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrante o fugitivo son elegibles para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido para obtener más información.</p>	El nombre del niño	Edad	Escriba el nombre de la escuela del niño o "no está en la escuela"	Si un estudiante, escribir en el grado	Sin hogar, migrante adoptivo, niño fugitivo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

STEP 2: Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR? (NOT Medicaid)

Número de caso:

Si respondió NO > Complete los PASOS 3 y 4. Si respondió SÍ > Escriba su número de caso de SNAP, TANF o FDPIR de 9 dígitos aquí y luego vaya al PASO 4
(No complete el PASO 3)

Escriba solo un número de caso en este espacio.

STEP 3: Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Voltee la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

El cuadro "Fuentes de ingresos para los niños" le ayudará con la sección de ingresos de los niños.

El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

A. Ingreso de los hijos
A veces, los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí el ingreso TOTAL recibido por todos los niños enumerados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)
Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros únicamente. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Child income	How often?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Child income	How often?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How often?				Public Assistance/ Child Support/Alimony	How often?				Farming/ Pensions/ Retirement/Other Income	How often?					
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Annually	
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					

Total Household Members (Children and Adults)

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

Marque si no tiene SSN

STEP 4: Contact information and adult signature.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

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

Dirección de la calle (si está disponible)

Ciudad

Estado

Condado

Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre impreso del adulto que completa el formulario

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

INSTRUCTIONS: Sources of Income

Fuentes de ingresos para los niños	
Fuentes de ingresos de los niños	ejemplo(s)
• Ganancias del trabajo	• Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
• Seguro Social o Pagos por discapacidad o Beneficios de sobreviviente	• Un niño es ciego o discapacitado y recibe Social Beneficios de seguridad • Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social
• Ingresos de persona ajena el dueño de casa	• Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da a un niño dinero para gastar
• Ingresos de cualquier otra fuente	• Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos		
Ganancias del trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia / <small>Manutención de los hijos</small>	Pensiones / Jubilación / <small>Todos los demás ingresos</small>
• Salario, salarios, bonos en efectivo • Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.: Sueldo básico y bonificaciones en efectivo (el gobierno NO incluye pago de combate, FSSA o • Pagos de pensión alimenticia asignaciones de vivienda privatizada) • Pagos de manutención infantil • Asignaciones para vivienda fuera de la base, comida • Beneficios y ropa de veteranos • Beneficios de huelga	• Beneficios de desempleo • Compensación al trabajador • Seguridad Suplementaria Ingresos (SSI) • Asistencia en efectivo del estado o local •	• Seguro Social (incluidos los beneficios de jubilación ferroviaria y pulmón negro) • Pensiones privadas o beneficios por discapacidad • Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones • Anualidades • Ingresos por inversiones • Intereses ganados • Ingresos por alquileres • Pagos regulares en efectivo de fuera del hogar

OPTIONAL: Children's Racial and Ethnic

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad.

Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis oa 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 afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco

Civil Rights: Information if you have a complaint

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas oa precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o incluye un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIPIR) u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis oa precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille,

letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: Cómo presentar una queja y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta todos de la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
 Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400
 Independence Avenue, SW Washington, DC
 20250-9410 fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico:
 program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out: FOR SCHOOL / CENTER USE ONLY

No convierta si solo se informa una frecuencia de ingresos. Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Bi - Semanal x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12.

Ingresos totales:

¿Con qué frecuencia?

Tamaño del hogar: Elegibilidad gratuita categórica: (Seleccione 1)

Elegibilidad de ingresos: (Seleccione 1)

--

	Bi	Mes	Mensual	Anual
<small>Semanalmente</small>	Semanal 2x			

--

Migrante fugitivo sin hogar adoptivo	SNAP/TANF /FDPIR

Gratis	Reducido	Denegado

Determinación de la firma del funcionario

Fecha

Confirmación de la firma del funcionario

Fecha

Verificación de la firma del funcionario

Fecha

--

--

--

--

--

--