

Prototipo de solicitud para familias de comidas gratis o a precio reducido para el año 2016-2017

Realice la solicitud en línea en www.abcdcfgh.edu

Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1 Enumere a **TODOS** los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive. (Si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Nombre del niño	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Niño en régimen migrante, de acogida o fugado

Marque todo lo que corresponda

PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP, TANF o FDIPIK?

En caso **NEGATIVO** > Vaya al PASO 3. En caso **AFIRMATIVO** > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Número de expediente: _____
Escriba solo un número de expediente en este espacio.

PASO 3 Declarar los ingresos de **TODOS** miembros de la vivienda. (Omita este paso si su respuesta es "Si" en el PASO 2)

A. Ingresos del niño
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos **TOTALES** obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño	¿Con qué frecuencia?	
	Semanales	Mensuales
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)
Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (Nombre y apellido)	Ingresos profesionales		Ayuda pública/manutención infantil / pensión alimenticia		Pensión/ Jubilación/ otros		¿Con qué frecuencia?	
	Semanales	Mensuales	Semanales	Mensuales	Semanales	Mensuales	Semanales	Mensuales
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda

X	X	X	X
---	---	---	---

Marque si no tiene SSN

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes.

Dirección (si está disponible) _____ Apartamento n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional) _____

Firma del adulto _____ Fecha de hoy _____

Fuente de ingresos de niños	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Pagos por discapacidad	- Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Beneficios al supérstite	
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos	
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil
- Sueldo, salario, bonos en efectivo	- Prestación por desempleo
- Ingresos netos como autónomo (granja o negocio)	- Indemnización laboral
	- Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income)
- Si está en el Ejército de Estados Unidos:	- Ayuda económica del estado o gobierno local
- Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)	- Pagos de pensión alimenticia
- Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Pagos de manutención infantil
	- Prestaciones para los veteranos
	- Prestación por huelga
	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neuroconiosis)
	- Pensiones privadas o prestación por discapacidad
	- Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles
	- Anualidades
	- Ingresos de inversión
	- Intereses ganados
	- Ingresos de alquiler
	- Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños

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 (marque uno): Hispano o latino No hispano o latino Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FPIPR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FPIPR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal, de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA. (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por:

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

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

No rellena Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Household size

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Categorical Eligibility

Determining Official's Signature Date Confirming Official's Signature Date Verifying Official's Signature Date