

## SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

| PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR  |  |   |                             |
|--|--|---|-----------------------------|
| Nombres de <u>todos</u> los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela | Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal)<br><br>* Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario. | Marque si NO tiene ingresos |
|  |  | <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"/>    |

**Parte 2: BENEFICIOS**

SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS [State SNAP], [FDPIR] O [State TANF Cash Assistance], ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

**PARTE 3. SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTÁ DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]**

DESAMPARADO  MIGRANTE  EN FUGA

**PARTE 4. INGRESOS TOTALES BRUTOS DE LA UNIDAD FAMILIAR. Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.**

| 1. NOMBRE<br>(Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos) | 2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON |   |  |                          |
|--|---|---|--|--------------------------|
|  | Ganancias del trabajo antes de las deducciones        | Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia | Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA | Todos los demás ingresos |
| <i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>   | \$199.99/semanal                                      | \$149.99/cada dos semanas   | \$99.99/mensual  | \$50.00/mensual          |
|  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____   | \$ ___ / _____           |
|  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____   | \$ ___ / _____           |
|  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____   | \$ ___ / _____           |
|  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____   | \$ ___ / _____           |
|  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____  | \$ ___ / _____   | \$ ___ / _____           |

**PARTE 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)**

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

*Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\*\* - \* \* \* - \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

**PARTE 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

*Elija un grupo étnico:*

Hispano/Latino

No hispanic/Latino

*Elija una o más (independientemente del grupo étnico):*

Asiático

Amerindio o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.**

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

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)

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

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

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

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

| CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS<br>para el año escolar _____ |          |         |         |
|--|----------|---------|---------|
| Tamaño de la unidad familiar   | Anual    | Mensual | Semanal |
| 1  | \$20,147 | \$1,679 | \$388   |
| 2  | \$27,214 | \$2,268 | \$524   |
| 3  | \$34,281 | \$2,857 | \$660   |
| 4  | \$41,348 | \$3,446 | \$796   |
| 5  | \$48,415 | \$4,035 | \$932   |
| 6  | \$55,482 | \$4,624 | \$1,067 |
| 7  | \$62,549 | \$5,213 | \$1,203 |
| 8  | \$69,616 | \$5,802 | \$1,339 |
| Each additional person:  | +\$7,067 | +\$589  | +\$136  |
|  |          |         |         |

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".