

Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2015-2016

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

THIS SPACE IS FOR SCHOOL OFFICIAL USE ONLY

Application is complete Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Determined Eligibility: FREE REDUCED PAID ERROR-PRONE?
 Selected for Verification Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
 Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

NOTES: _____

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de **migrante, sin hogar, o fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño			
	<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"/>

Marque si estudiante de [DISTRICT/ SCHOOL NAME]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño Foster
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrante Sin hogar, Fugitivo

Marque la casilla al lado del nombre del niño(a) titulada "Sin Hogar, migrante, Fugitivo" y complete todos los pasos de la solicitud, o foster.

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR?

SNAP TANF FDPIR

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

NO > Complete PASO 3. **SÍ** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

No. de Caso:

PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2).

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

A. Ingreso del Niño
 A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

¿Con qué frecuencia?

Ingreso del niño	\$	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	semana quincenal 2x mes 1x mes <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
------------------	----	--	--

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)
 Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?				Pension/Jubilacion/ otros ingresos	¿Con qué frecuencia?				
		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes	
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>				
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>				
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>				
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>				
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>				

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar Indique si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle y número de casa (si está disponible)	Apartamento #	Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Código Postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde):		Firma del adulto que llenó el formulario:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Teléfono y correo electrónico (opcional)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Fecha de hoy:	

OPCIONAL**Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza e etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a 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 or Latino
 No Hispano or Latino

Raza (Marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Americano Africano
 Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur
 Blanco

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, la información que dio en su Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducidas puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido.

- NO! YO NO QUIERO que la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido sean compartidos con cualquiera de estos programas.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.

Si marcó sí a cualquiera o todas las casillas de arriba, rellenar la siguiente información. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____
 Nombre Impreso: _____ Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[TELÉFONO]** o por correo electrónico a **[DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO]**.
 Devuelva este formulario a: **[DIRECCIÓN]** por **[FECHA]**.

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 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 miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, 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 pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (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 el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: programa.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.