

PASO 1 — Anote todos los estudiantes del hogar en escuelas de MISD

Seguro Social (SSN) o ID del estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial del seg. nomb.	Fecha de Nacimiento (opcional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start
					<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"/>

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Participa actualmente algún miembro del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIPIR? **Encierre en un círculo:** Sí / No

Si respondió **NO** > Prosiga a completar el PASO 3. Si respondió **SÍ** > Escriba un número de grupo de determinación de elegibilidad (EDG), y prosiga al PASO 4.

Número de determinación de elegibilidad:

No agregue un número de caso.

PASO 3 — Todo el ingreso bruto de los miembros del hogar (Ignore este paso si respondió 'Sí' en el PASO 2)

Enumere todos los miembros del hogar (incluso usted) **aunque no reciban ingresos**. Indique el total de las fuentes de ingresos (sin deducciones) en dólares (solo en números enteros) de cada miembro del hogar enumerado. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ponga '0'. Si pone un '0' o deja una casilla en blanco, estará certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar.

Nombre de todos los miembros del hogar (Apellido y primer nombre) **Ingreso bruto y con qué frecuencia lo recibe:** W = Semanal; E = Cada dos semanas; T = Dos veces al mes; M = Mensual

Agregue los estudiantes indicados en el PASO 1

	Ingreso de Trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones / Seguro Social / SSI / Otros Ingresos	¿Frecuencia?						
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M			

Número Total de Miembros en el Hogar Enumerados en el PASO 3

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Principal Trabajador Asalariado o de Otro Adulto Miembro del Hogar

*** - ** -

Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la obtención de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (inspeccionar) la información. Soy consciente de que, si intencionalmente doy información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser enjuiciado conforme a las leyes estatales y federales aplicables."

Nombre en letra de imprenta del adulto que llena el formulario _____ Firma del adulto que llena el formulario _____ Fecha de Hoy _____

Dirección (si la hay) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Correo Electrónico _____



La Ley Nacional de Alimentos 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 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 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 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.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.