

2022-23 Aplicación del Hogar para Comidas Gratis o a Precio Reducido de BCSD
Completar una aplicación por hogar. Usar pluma o bolígrafo (NO lápiz)

Aplicar en línea en:
www.paypams.com/onlineapp

PASO 1 Haga una lista de **TODOS** los bebés, niños, y estudiantes hasta el grado 12 miembros del hogar (si necesita más espacio para nombres adicionales agregue una hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños de crianza temporales 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	I	Apellido del Niño	Grado	BCSD ¿Estudiante? Si No	Niño de Crianza	Sin Hogar, Migrante, Fugitivo
<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="text"/>	<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="text"/>	<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"/>

Marque todas las que aplican

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

NO > Vaya al PASO 3. **SI >** Escriba el número de caso aquí y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de Caso:

Solo escriba el número de caso en este espacio.

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

¿No está seguro de cual ingreso incluir aquí?
 De vuelta a la página y revise las tablas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.
 La tabla de "Fuentes de Ingresos para los Niños" le ayudará con la Sección de Ingresos del Niño.
 La tabla de "Fuentes de Ingresos para Adultos" le ayudará con la sección Todos los Adultos Miembros del Hogar.

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.

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyendo 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, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Ingreso del Niño	¿Cada Cuánto?			
	Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombres y Apellidos de los Miembros del Hogar	Ingresos de Trabajo	¿Cada Cuánto?				Asistencia Pública/Manutención/Pensión Matrimonial	¿Cada Cuánto?				Pensiones/Retiros/Otros Ingresos	¿Cada Cuánto?			
		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número Total Miembros del Hogar (Adultos y Niños)

Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) del Adulto Principal u Otro Adulto en el Hogar

Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 Información de Contacto y Firma del Adulto **ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: BCSD FOOD SERVICE OFFICE, P.O. BOX 755, BEAUFORT, SC 29901**

"Certifico (prometo) 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (si disponible)	# Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono y Correo Electrónico (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre Impreso del Adulto que Firma la Aplicación	Firma del Adulto	Fecha de Hoy			

INSTRUCCIONES

Fuentes de Ingreso

Fuentes de Ingresos para Niños	
Fuentes de Ingresos de Niños	Ejemplos
- Ingreso de Trabajo	- Un niño que tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial, donde gana un sueldo
- Seguro Social - Pagos por Incapacidad - Beneficios de Superviviente	- Un niño que es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social - Un padre esta discapacitado, retirado, o fallecido y su hijo recibe beneficios de Seguro Social
-Ingresos de una persona fuera del hogar	- Un amigo o familiar le da dinero al niño para gastar
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de Ingresos para Adultos		
Ingresos de Trabajo	Asistencia Pública / Pensión alimenticia / de Manutención de Menores	Pensiones / Retiros/ Otros Ingresos
- Retribución, Salario, Bonos en efectivo - Ingreso neto por trabajo por cuenta propia (granja o negocio) - Si está en el Ejército de U.S.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (no incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) Indemnizaciones por vivienda fuera de la base, comida y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación para trabajadores - Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención - Beneficios de Veteranos - Beneficios de Huelga	- Seguro Social (incluyendo retiro del ferrocarril y beneficios de pulmón negro) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares provenientes de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo de miembros del hogar fuera del hogar

OPTIONAL

Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y origen étnico. 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 niños para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno): Raza Hispano o Latino No Hispano o Latino
 (marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur Blanco

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando solicita en nombre de un hijo de crianza o usted anota el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro número de identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

Personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un programa queja de discriminación, completar el Formulario de Queja USDA Programa de discriminación, (AD-3027) se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida a proporcionar USDA y en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632 a 9992. Enviar el formulario completado o una carta al USDA por:

Correo: Departamento de Agricultura de EE.UU.
 Oficina del Secretario Adjunto 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.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para la actividad antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Do not fill out

For School Use Only

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

Eligibility:

Total Income	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Bi-Weekly <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly	Household Size	<input type="text"/>	Categorical Eligibility	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Free <input type="radio"/> Reduced <input type="radio"/> Denied				
Determining Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	Confirming Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	Verifying Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>