

# Comidas Gratuitas y a Precios Rebajados

Para alumnos de ACPS en el año escolar 2022-2023



Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Los Servicios de Nutrición Escolar se complacen en ofrecer desayuno y almuerzo GRATUITO a alumnos y escuelas elegibles, como parte de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, financiados con fondos federales, y administrados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y el Departamento de Educación de Virginia.

## DESAYUNO y ALMUERZO GRATUITOS

se proveerán a **TODOS** los alumnos que asistan a una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP). Las escuelas indicadas a continuación están identificadas como escuelas CEP para el año escolar 2022-2023.

- Cora Kelly
- Ferdinand T. Day
- Francis C. Hammond
- James K. Polk
- Jefferson-Houston PK-8
- John Adams/Centro de la Primera Infancia (ECC)
- Patrick Henry K-8
- William Ramsay

Las familias de alumnos que asistan a estas escuelas CEP **NO** necesitan llenar la solicitud de Comidas Gratuitas y a Precio Rebajado **a menos** que tengan otros niños que asistan a otra escuela de ACPS.

## SOLICITUDES DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REBAJADO

Se requiere una solicitud por hogar en cada año escolar.



Haga su solicitud en línea en [WWW.schoolcafe.com/alexandriacps](http://WWW.schoolcafe.com/alexandriacps)

Un alumno de ACPS puede recibir comidas gratuitas o a precio rebajado si su familia satisface los requisitos de elegibilidad. Los padres que crean que sus hijos puedan ser elegibles para beneficios de comidas **deben** completar una Solicitud de Comidas Gratuitas y a Precio Rebajado en línea o en papel para determinar su elegibilidad. *Si recibió una carta de Certificación Directa del Año Escolar 2022-2023, **NO** complete una solicitud.*

**¿Preguntas?** Comuníquese con los Servicios de Nutrición Escolar de ACPS por el 703-619-8048 o envíe un correo electrónico a [food@acps.k12.va.us](mailto:food@acps.k12.va.us)

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL HOGAR DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIOS REBAJADOS DE 2022-2023

Estimado padre o tutor legal:

**SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD NUEVA CADA AÑO ESCOLAR NUEVO A MENOS QUE haya recibido una Carta de Certificación Directa de 2022-2023.**

## COMPLETE SOLO UNA SOLICITUD PARA TODO SU HOGAR

Siga estas instrucciones para completar la solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio rebajado. Solo necesita presentar una solicitud por hogar, incluso si su(s) hijo(s) asiste a más de una escuela en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. La solicitud debe completarse en su totalidad para certificar que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio rebajado. Cada paso de las instrucciones es igual a los pasos de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con Sonya Grant por el 703-619-8048; [food@acps.k12.va.us](mailto:food@acps.k12.va.us)

Todas las comidas servidas deben cumplir con los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Si un médico ha determinado que un niño tiene una discapacidad, y la discapacidad le impedirá comer la comida escolar regular, la escuela hará las sustituciones prescritas por el médico. Si se necesita una sustitución, no habrá cargo adicional por la comida. Si su hijo necesita sustituciones debido a una discapacidad, comuníquese con la Directora de Servicios de Nutrición Escolar de ACPs, Cynthia Hormel, por el 703-619-8048, para obtener más información. Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los niños de crianza temporal (*foster care*) que son responsabilidad legal de una agencia de crianza temporal o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los alumnos que son elegibles para Medicaid también pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado según los ingresos del hogar. Los niños que son miembros de hogares que participan en WIC también pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado según los ingresos del hogar. Si el ingreso total de su hogar es igual o inferior a las **GUÍAS FEDERALES DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS**, su(s) hijo(s) puede(n) recibir comidas gratis o a precio rebajado. **La solicitud de su(s) hijo(s) del último año escolar solo es válida para los primeros días de este año escolar.**

**Si desea completar esta solicitud, siga los pasos a continuación; de lo contrario, marque "No", luego proporcione el nombre (s) de su (s) hijo (s) y devuélvalo.**

### PASO 1: INDIQUE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES INCLUIDOS LOS DE EDAD UNIVERSITARIA

<p>Si conoce el número de identificación de estudiante de su hijo, escriba cada dígito en una casilla. Si este será el primer año de su hijo que asistirá a ACPs, marque "Y" para cada niño; de lo contrario, indique "N" para No.</p>	<p>Indique el nombre de cada niño. Escriba el nombre de cada niño inscrito en la escuela. No use un apodo. Use una línea de la solicitud para cada niño. Cuando imprima nombres, escriba el nombre en la casilla etiquetada como 'NOMBRE DEL NIÑO' en cada casilla. <b>Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.</b></p>	<p>Proporcione la fecha de nacimiento de cada niño. Escriba un número en cada casilla para indicar la fecha de nacimiento del niño como MES/DIA / AÑO. <b>Ejemplo:</b> La fecha de nacimiento del niño es el 31 de enero de 2009.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>9</td></tr> </table>	M	M	D	D	A	A	0	1	3	1	0	9	<p>¿A qué escuela asiste y califica cada niño? Escriba el nivel de grado de cada estudiante en la columna 'Grado' seguido del código de dos dígitos de la escuela. <b>Ejemplo:</b> El niño está en segundo grado en John Adams</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Grado</td><td>Código de la escuela</td></tr> <tr><td>0 2</td><td>J A</td></tr> </table>	Grado	Código de la escuela	0 2	J A	<p>¿Tiene hijos en adopción temporal? Si alguno de los niños indicados son niños de crianza, marque la casilla debajo de la columna "F" para "Niño de crianza" junto al nombre del niño. Si SOLAMENTE está solicitando niños de crianza, salte al PASO 4. Los niños de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben incluirse en su solicitud. Si está solicitando tanto para niños de crianza como de no crianza, vaya al PASO 2. ¿Hay niños sin hogar, migrantes o fugitivos? Si cree que alguno de los niños indicados en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla correspondiente "Sin hogar, migrante, fugitivo" junto al nombre del niño y complete TODOS LOS PASOS de la solicitud. Comuníquese con el enlace de educación para personas sin hogar/cuidado de crianza de ACPs al 703-619-8071 para obtener más información.</p>
M	M	D	D	A	A															
0	1	3	1	0	9															
Grado	Código de la escuela																			
0 2	J A																			

### PASO 2: ¿ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR PARTICIPAN ACTUALMENTE EN SNAP O TANF?

Si nadie en su hogar participa en ninguno de los programas mencionados anteriormente: Marque "No" o déjelo en blanco en el PASO 2 y vaya al PASO 3. Si alguien en su hogar recibe SNAP o TANF, Marque "SI" y proporcione su número de caso SNAP o TANF de 7 a 10 dígitos y luego continúe con el PASO 4. NO USE SU NÚMERO DE TARJETA EBT o NÚMERO DE CASO DE MEDICAID. Si no conoce su número de caso, comuníquese con su trabajador del caso o con Servicios Comunitarios y Humanos por el (703) 746-5700.

### PASO 3: TODOS LOS INGRESOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Proporcione el nombre, la edad, los ingresos y la frecuencia de pago de todos los miembros del hogar. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que reportar. Informe los ingresos de los niños/estudiantes, si corresponde.

Tamaño del hogar	Anual	Mensual (12pp*)	Dos veces al mes (24pp*)	Cada dos semanas (26pp*)	Semanal (52pp*)
1	\$25.142	\$2.096	\$1.048	\$ 967	\$ 484
2	\$33.874	\$2.823	\$1.412	\$1.303	\$ 652
3	\$42.606	\$3.551	\$1.776	\$1.639	\$ 820
4	\$51.338	\$4.279	\$2.140	\$1.975	\$ 988
5	\$60.070	\$5.006	\$2.503	\$2.311	\$1.156
6	\$68.802	\$5.734	\$2.867	\$2.647	\$1.324
7	\$77.534	\$6.462	\$3.231	\$2.983	\$1.492
8	\$86.266	\$7.189	\$3.595	\$3.318	\$1.659
Por Cada Adicional Miembro de la familia, Agregar	+ 8.732	+ 728	+ 364	+ 336	+ 168

**Sección de reglas de ingreso:** Enumere cada tipo de ingreso recibido en el mes de cada miembro del hogar. Debe informarnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para las ganancias del trabajo, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Además, indique la cantidad que recibe por Compensación al trabajador, beneficios por desempleo o huelga, si corresponde. Si recibe asistencia social, manutención de niños, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y beneficios para veteranos (beneficios VA), ingrese la cantidad y con qué frecuencia los recibe. Para otros ingresos (beneficios por discapacidad, efectivo retirado de ahorros, aportes regulares de personas que no viven en su hogar, ingresos de su propiedad de alquiler, etc.), indique la cantidad que cada persona recibió en el mes. No incluya ingresos de SNAP, WIC, beneficios educativos federales y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia de colocación. Si trabaja por cuenta propia en Ganancias del trabajo, informe los ingresos después de los gastos de su negocio o granja (consulte el Anexo C de la declaración de impuestos). Si usted está en la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingreso.

### PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Las solicitudes deben estar firmadas por un miembro ADULTO (padre, madre o tutor legal) del hogar. Al firmar, el miembro del hogar promete que toda la información ha sido veraz y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese también de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles que se encuentran al final de estas instrucciones. Escriba en letra de imprenta y firme su nombre, proporcione los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social y escriba la fecha de hoy. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona firma en la casilla "FIRME AQUÍ". Escriba los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SSN). Si no tiene un Número de Seguro Social, MARQUE la casilla "Marque si no tiene SSN". Proporcione su información de contacto. Escriba su dirección actual en los campos provistos si esta información está disponible. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

**OTROS BENEFICIOS:** La ley permite que la división escolar comparta su información de elegibilidad para comidas gratuitas o de precio rebajado con Medicaid y FAMIS. Estos programas solo pueden usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro médico gratuito o de bajo costo y para inscribirlos en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no pueden usar la información de su solicitud de comida gratis o a precio rebajado para ningún otro propósito. Los funcionarios de Medicaid o los funcionarios de FAMIS pueden comunicarse con usted para obtener más información. No es necesario que nos permita compartir esta información con Medicaid o el programa FAMIS. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado. Si no desea que se comparta su información, marque la casilla correspondiente en la solicitud. Puede calificar para otros programas de asistencia. Para averiguar cómo solicitar SNAP u otros programas de asistencia, comuníquese con la oficina local de servicios sociales de su área.

**SERVICIOS ACADÉMICOS/COMUNITARIOS:** Al seleccionar la casilla, nos da permiso para compartir su información con funcionarios escolares y programas para el uso de servicios educativos y de salud locales, como vales de prueba/determinación de becas, servicios de remediación/tutoría, clínicas médicas/dentales/de la vista, verano/recreación. Actividades, útiles escolares, cuotas deportivas, excursiones, equipo de música, etc.

**OPCIONAL: IDENTIDADES RACIALES Y ÉTNICAS DE LOS NIÑOS Le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos.** Este campo no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado.

**CONFIDENCIALIDAD Y AVISO DE DIVULGACION:** Los funcionarios escolares usan la información en la solicitud para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio rebajado y para verificar la elegibilidad. Según lo autorizado por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares, la división escolar puede informar a los funcionarios relacionados con otros programas de nutrición, salud y educación infantil sobre la información de su solicitud para determinar los beneficios para esos programas o con fines de financiación y/o evaluación.

**VERIFICACION:** Los funcionarios escolares pueden verificar su elegibilidad en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe información para probar que su(s) hijo(s) debe(n) recibir comidas gratis o a precio rebajado.

**AUDIENCIA JUSTA:** Tiene derecho a una audiencia justa. Si no está de acuerdo con la decisión de los Servicios de Nutrición Escolar sobre su solicitud o el resultado de la verificación, escriba o llame a **SERVICIOS DE NUTRICIÓN ESCOLAR** al 703-619-8048 o escriba al siguiente funcionario: **Dra. Alicia Hart, Jefa Interina de Instalaciones y Operaciones, 1340 Braddock Place, Alexandria, VA 22314. Teléfono: (703) 619-8289.**

**VOLVER A SOLICITAR BENEFICIOS:** Puede volver a solicitar comidas gratuitas o a precio rebajado en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero tiene un cambio, como una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar, queda desempleado u obtiene SNAP o TANF para su(s) hijo(s), llene una solicitud en ese momento. *Es posible que se requiera documentación.*

**AYUDA CON LA SOLICITUD:** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con los Servicios de Nutrición Escolar al 703-619-8048; [food@acps.k12.va.us](mailto:food@acps.k12.va.us).

**POLÍTICA DE COMIDAS:** A los alumnos que no tengan dinero en la cuenta o a mano para cubrir el costo de una comida en el momento del servicio se les permitirá cargar una comida completa. A los estudiantes no se les permitirá cargar artículos a la carta. Se harán esfuerzos razonables para evitar llamar la atención sobre la incapacidad de pago de un estudiante. SNS notificará al director diariamente sobre cualquier cargo de comida no pagado. La persona designada por el director luego notificará al padre/tutor en el idioma preferido del padre/tutor. Después de que se hayan cobrado diez (10) comidas, el director notificará a los padres/tutores por correo postal. Las notificaciones por escrito incluirán el monto de los cargos por comidas no pagadas e información sobre cómo reponer las cuentas de comidas del estudiante, así como la información de contacto para obtener ayuda para registrarse para recibir beneficios de comidas gratis o a precio rebajado. Además, el director designará a un miembro del equipo de apoyo escolar para programar una reunión con los padres/tutores para determinar si el estudiante califica para los beneficios de comidas gratis o a precio rebajado. Por lo tanto, ACPs puede notificar al departamento de servicios sociales sobre casos sospechosos de negligencia infantil.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de: 1) correo postal: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o 2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria ~ (703) 619-8048**  
**Solicitud de comidas gratuitas o a precio rebajado de 2022-2023**



NO ESCRIBIR EN ESTA SECCIÓN

Solicite en línea en [www.schoolcafe.com/alexandriacps](http://www.schoolcafe.com/alexandriacps), envíe un correo electrónico a [food@acps.k12.va.us](mailto:food@acps.k12.va.us), O un correo regular a Servicios de Nutrición Escolar, 1340 Braddock Place, Alexandria VA 22314

Si recibe una carta de **CERTIFICACIÓN DIRECTA** este año escolar (SY22-23), **NO** complete esta solicitud.  
**COMPLETE UNA solicitud por hogar.** Escriba en **LETRA DE IMPRENTA** claramente usando un bolígrafo AZUL o NEGRO (no un lápiz) en idioma inglés.

¿Quiere que los estudiantes de su hogar sean considerados para los beneficios de comidas?  **No** (proporcione los nombres de los alumnos y envíelos)  **Sí** (empiece el paso 1)

**PASO 1**

**Indique todos los niños de su hogar** (alumnos, infantes, en edad universitaria y otros niños)

**CÓDIGO DE CLAVE ESCOLAR:** **CB** = Charles Barrett; **CK** = Cora Kelly; **DM** = Douglas MacArthur; **EC** = Early Childhood Center; **FD** = Ferdinand Day; **GM** = George Mason; **JA** = John Adams; **JP** = James Polk; **LC** = Lyles Crouch; **MV** = Mount Vernon; **NB** = Naomi Brooks; **ST** = Samuel Tucker; **WR** = William Ramsay  
**Escuelas K-8:** **JH** = Jeff Houston; **PH** = Patrick Henry **Secundaria (6-12):** **FH** = Francis Hammond; **GW** = George Washington; **MH** = Minnie Howard; **AC** = Alexandria City High

Nº de Identificación del alumno (optional)	Nuevo en ACPs	Nombre del alumno (Nombre, inicial, apellido)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Grado	Código de Escuela	¿Niño de crianza, sin hogar, migrante y/o fugitivo? Marque todo lo que corresponda.
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	NOMBRE DEL NIÑO 1	MM/DD/AA	Grado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	NOMBRE DEL NIÑO 2	MM/DD/AA	Grado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	NOMBRE DEL NIÑO 3	MM/DD/AA	Grado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	NOMBRE DEL NIÑO 4	MM/DD/AA	Grado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	NOMBRE DEL NIÑO 5	MM/DD/AA	Grado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Si el estudiante para el que está solicitando es un **NIÑO DE CRIANZA**, que es responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o de los tribunales, marque la casilla 'C' y vaya al **PASO 4**. Si hay otros estudiantes que no son hijos de crianza, complete el **PASO 2**, o vaya al **PASO 3** si nadie en el hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.

**PASO 2**

¿Alguien en su hogar recibe SNAP o TANF?  **No** (Vaya al paso 3)  **Sí**, mi número de caso es: \_\_\_\_\_ (salte al paso 4)

**PASO 3**

**Ingresos de todos en el hogar** (si necesita espacio adicional, indique el nombre, la edad y los ingresos correspondientes en una hoja de papel separada)

Indique todos los miembros del hogar (incluido usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro indicado, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) de cada fuente en dólares enteros únicamente. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Nombres de miembros del hogar (Nombre y Apellido)	Edad	INGRESO BRUTO y FRECUENCIA: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual					
		Asistencia Pública/Manutención		Pensiones		Jubilaciones/Otro	
		Ganancias del trabajo	Frecuencia de niños/Pensión alimenticia	Frecuencia	Jubilaciones/Otro	Frecuencia	
Ejemplo: John Smith	27	\$ 450	W E T M A	\$ 275	W E T M A	\$ 6000	W E T M A
		\$	W E T M A	\$	W E T M A	\$	W E T M A
		\$	W E T M A	\$	W E T M A	\$	W E T M A
		\$	W E T M A	\$	W E T M A	\$	W E T M A
		\$	W E T M A	\$	W E T M A	\$	W E T M A
		\$	W E T M A	\$	W E T M A	\$	W E T M A

**PASO 4**

**Información de contacto y firma del adulto**

\*Certifico (prometo) que toda la información es verdadera y se están reportando todos los ingresos. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Estoy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales aplicables\*.

Nombre en **IMPRENTA** del **ADULTO** que llena el formulario: \_\_\_\_\_ **PRINT**

Firma del **ADULTO** que llena el formulario: **X** **FIRME AQUÍ**

Fecha de hoy:

Total de miembros del hogar (Niños y Adultos)   Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud \*\*\* - \*\* -     Marque aquí si no tiene SSN

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/unidad N°  Ciudad  Estado   Código postal

Teléfono en casa o celular: (  )      Teléfono del trabajo (incluya la extensión, si aplica): (  )      Correo electrónico en letra de **IMPRENTA**:

Los Servicios de Nutrición Escolar están autorizados a compartir la información en esta solicitud con Virginia Medicaid y con el Programa de Seguro Médico para Niños llamado FAMIS. Marque esta casilla si no desea que esta información sea compartida con nadie. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio rebajado.

Sus hijos pudieran calificar para obtener servicios **ACADÉMICOS** y **COMUNITARIOS** tales como tarifas deportivas, cupones de exámenes, clínicas dentales o de la vista, actividades de verano, etc. **Al marcar esta casilla, usted está autorizando que se comparta su información con funcionarios escolares y programas para servicios locales de salud y educación.**

**OPCIONAL:**

**Identidad étnica y racial de los niños**

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos.

Etnicidad (marque una):  Hispano or Latino  Not Hispano or Latino  
 Raza (marque una o más):  Indígena estadounidense o de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco

**No escriba en esta sección - SOLO USO DE LA ESCUELA** Total Household Size: \_\_\_\_\_ Income: \$ \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Processing Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  Categorical Eligibility (FOSTER HOMELESS SNAP/TANF) Approved: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_

Reason for Denial: Income \_\_\_\_\_ Incomplete \_\_\_\_\_ Reviewing Official: \_\_\_\_\_ Date reviewed: \_\_\_\_\_

<b>VERIFICATION SUMMARY:</b> Date Selected: _____ Date Response Due: _____ Date of 2 <sup>nd</sup> Notice: _____ Date Verification Results Notice Sent: _____
Verification Results: No Change   Free to Reduced   Free to Paid   Reduced to Free   Reduced to Paid Reason for Change: Income   Household Size   Refused to Cooperate   SNAP/TANF Eligibility
Date: _____ Verifying Official's Signature: _____