

2022-2023 Solicitud para las Comidas/Leche Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos

Para solicitar las comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverso, complete **solo un** formulario para su hogar, firme su

nombre y **devuélvalo a la dirección que se indica a continuación**. Llame **(845-265-9254 x111)**, si usted necesita ayuda. Los nombres adicionales pueden ser incluidos en un documento separado.

Devuelva las Solicitudes Completas a:

**Haldane Central School District
15 Craigsides Drive
Cold Spring, NY 10516
amcnamara@haldaneschool.org**

1. Haga una lista todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del Estudiante	Escuela	Grado/Profesor	Hijo Adoptado	Inmigrante Indigente, Fugitivo
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios ya sea de SNAP, TANF o FDPIR, liste aquí su nombre y # de CASO. **Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.**

Nombre: _____ # de CASO _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los Miembros del Hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los Miembros del Hogar (incluyéndose usted y todos los niños que tienen ingresos).

Haga una lista de todos los Miembros del Hogar que no aparecen en el paso 1 (incluido usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Por cada Miembro del Hogar, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en sólo dólares completos. Si no reciben otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja cualquier campo en blanco, usted está certificando (declarando) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	Manutención de Menores, Pensión Alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, Pagos de Jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros Ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin Ingreso
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

***Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: XXX-XX- ____ - ____**

No tengo un # de SS ☐

* Al completar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe de proveer los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SS#), o marcar la casilla de No tengo un # de SS" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que les doy esta información para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Dirección de la Casa: _____

5. El Origen Étnico y la Raza son opcionales; responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Grupo Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza: (Marque uno o más) ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico ☐ Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- SOLAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)

Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

☐ SNAP/TANF/Foster

☐ Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals ☐ Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ **Date Notice Sent:** _____

INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las siguientes instrucciones. Firme la solicitud y envíela a Pawling Middle School, 80 Wagner Road, Pawling NY, 12564. Si tiene un hijo adoptivo en su hogar, usted lo puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: 845-855-4627. Asegure de proporcionar toda la información. Si no lo hace esto puede resultar en la negación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITAN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños, incluyendo los nombres de los niños adoptados, para quienes usted está aplicando en una sola solicitud.
- (2) Liste los grados y la escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar si un hijo adoptivo vive en su hogar, o si usted cree que cualquier niño cumple con la descripción para personas indigentes, inmigrantes, o escapado de casa (un personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDIPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4

- (1) Liste un programa actual de SNAP, TANF, o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) número de caso de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesita firmar la solicitud en la PARTE 4. Omita la PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un número de caso de SNAP, TANF o un número de FDIPIR.

PARTE 3 TODOS LOS OTROS HOGARES NECESITAN LLENAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, reciban o no reciban ingresos. Inclúyese a usted mismo y los niños para quien usted está solicitando, todos los otros niños, su esposo(a), abuelos, y otras personas, familia o no, en su hogar. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos u otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingreso: semanal, cada dos semanas (quincenal), dos veces por mes, mensual.** El valor de cualquier cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo el Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (3) Escriba el número total de miembros de la familia en el casillero. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en PARTE 1 y PARTE 3.
- (4) La solicitud debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firme la **PORTE 4** si la Parte 3 está completada. Si el adulto no tiene un número de Seguro Social, marque el casillero. Si usted mencionó un número de SNAP, TANF o FDIPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (5) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en la Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser liberada. Por favor, refiérase a la Carta de Autorización Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

DECLARACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

Declaración de Uso de Información: La Ley Richard B. Russell del Almuerzo Escolar Nacional, exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar a su hijo(a) para las comidas gratis o a precios reducidos. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del principal miembro adulto asalariado del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo adoptivo o usted lista un número de Cupones de Alimentos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando 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 cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y pólizas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (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 venganza por previa actividad 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 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.

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD DE COMIDA GRATUITA O A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, preste especial atención a estos útiles consejos.

Número de caso de SNAP/TANF/FDPIR: Este debe ser el número de caso válido completo que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte una carta que recibió de su Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtener su número.

Niño Adoptivo: Un niño que vive con una familia pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de asistencia social o del tribunal puede figurar en su solicitud familiar. Indique los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solo aquellos fondos proporcionados por la agencia que se identifican para el uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentos y cuidados, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos para uso personal.

Miembro del Hogar: Un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros Adultos de la Familia: Todas las personas relacionadas y no relacionadas que tienen 21 años de edad y más que viven en su casa.

Financieramente Independiente: Una persona es financieramente independiente y una unidad económica/hogar separado cuando sus ingresos y gastos no son compartidos por la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en una misma residencia se caracterizan por el prorrateo de gastos y por la independencia económica entre sí.

Ingreso Bruto Actual: Dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de las deducciones. Ejemplos de deducciones son los impuestos federales, impuestos estatales y deducciones del Seguro Social. Si usted tiene más de un trabajo, debe enumerar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, pensión alimenticia, etc.), debe enumerar los ingresos de todas las fuentes. Solo los agricultores, trabajadores por cuenta propia, trabajadores inmigrantes y otros empleados de temporada pueden usar sus ingresos de los últimos 12 meses informados en sus formularios de impuestos 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingreso agrícola neto: ventas brutas menos gastos únicamente, no pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- Compensación por desempleo
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor de SNAP)
- Pagos de Asistencia Pública
- Asistencia de adopción
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes
- Pagos de pensión alimenticia o manutención de niños
- Beneficios por discapacidad, incluida la compensación del trabajador
- Beneficios de subsistencia de veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Efectivo retirado de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar las comidas de un niño
- Otros ingresos en efectivo

Exclusiones de ingresos: el valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado infantil o reembolso de los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil (Subvención en Bloque) no debe considerarse como ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

Nombre: Catherine Platt

Título: School Business Manager

Número de teléfono: 845-265.9254 x111