

Solicitud de beneficios para comidas escolares gratuitas y a precio reducido

1.º de julio de 2022 - 30 de junio de 2023

Rellene una solicitud por hogar.

Solicite en línea: www.smcps.org/dss/food-services

Para obtener más información, lea las **Instrucciones para presentar la solicitud** o llame al: 301-475-4256 ext. 5

Paso 1 Indique todos los niños inscritos (si necesita más espacios para los nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Los niños en régimen de acogida y los que se ajustan a la definición de sin hogar, migrante, fugitivo, Head Start, Early Head Start o Even Start tienen derecho a recibir comidas gratuitas. Si todos los niños inscritos cumplen con la definición de sin hogar, migrante, fugitivo, Head Start, Early Head Start o Even Start, complete el paso 1 y luego pase al paso 4.

Nombres y apellidos de todos los niños INSCRITOS	Marque (✓) en todas las opciones que correspondan:						Nombre de la escuela	Grado
	Niño en régimen de acogida	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start Early Head Start	Even Start		

Paso 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de ayuda: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o Ayuda Temporal en Efectivo (Temporary Cash Assistance, TCA)?
Encierre en un círculo una: **Sí No**

Si su respuesta es **NO**, complete el paso 3.

Si su respuesta es **SÍ**, indique un número de caso de 9 dígitos y vaya al paso 4

Número de caso:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paso 3 Indique los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (omite este paso si su respuesta al paso 2 fue **SÍ**)

Indique todos los miembros del hogar (incluido usted), incluso los que no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar que reciba ingresos, indique el total de ingresos y la frecuencia de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

Con qué frecuencia = semanal, bisemanal, dos veces al mes, mensual, anual.

Nombre y apellidos de TODOS los miembros del hogar	Ingresos por trabajo		Manutención de los hijos, pensión alimenticia, asistencia pública		Pensiones, jubilación, otros ingresos	
	Ingresos	¿Con qué frecuencia?	Ingresos	¿Con qué frecuencia?	Ingresos	¿Con qué frecuencia?

Total de miembros del hogar (niños y adultos):

--	--

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (Social Security Number, SSN) del principal contribuyente de ingresos o de otro miembro adulto del hogar:

--	--	--	--

Marque si no tiene SSN:

--

Paso 4 Información de contacto y firma del adulto

Certifico (prometo) que todos los datos de esta solicitud son verdaderos y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido como lo permite la ley.

Nombre en letra de imprenta:		Firma:	
Dirección:			
Fecha:		N.º de teléfono:	

Paso 5 OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección no afecta a la posibilidad de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción):

<input type="checkbox"/>	Hispano o latino
<input type="checkbox"/>	No hispano o latino

Raza (marque una o más opciones):

<input type="checkbox"/>	Indígena americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático

<input type="checkbox"/>	Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

<input type="checkbox"/>	Blanco
--------------------------	--------

Paso 6 Compartir información con otros programas

El estado de elegibilidad de sus hijos puede utilizarse para otros fines autorizados, compartirse con los funcionarios locales del Título I y utilizarse para los análisis de la Evaluación Nacional de Progreso Educativo. Su familia también puede ser elegible para recibir beneficios de SNAP o del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC). Su decisión no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Si desea recibir información del SNAP o WIC, marque (✓) **SÍ** o **NO** a continuación. Es posible que se pongan en contacto con usted para que presente una solicitud para el programa SNAP o WIC.

_____ **SÍ** _____ **NO**

Los niños elegibles para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido también pueden obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil de MD (MD Children's Health Insurance Program, MCHIP). La ley nos permite informar a Medicaid y a MCHIP que sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, a menos que usted diga que **NO**. Su decisión no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Si **NO** quiere que se comparta la información con Medicaid o MCHIP, marque (✓) **NO**.

_____ **NO**

NO RELLENE ESTA SECCIÓN. USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12

Ingresos totales (niños y adultos): \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

Elegibilidad: Gratuita Categóricamente elegible Reducido Pago

Firma del funcionario determinante: _____

Fecha: _____

Firma del funcionario confirmante: _____

Fecha: _____

Firma del funcionario verificador: _____

Fecha: _____