

2023-2024 MOORESVILLE GRADED SCHOOL DISTRICT Solicitud para Familias de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido *(Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo.)* Devuelve la solicitud a: 574 W. McLelland Ave., Bldg. B, Mooresville, NC 28115 704—658-1531.

A. NIÑO S Y ESTUDIANTES DE LA VIVIENDA					Ojo: Para mas information sobre "Fuentes de Ingresos de NIÑO S/ESTUDIANTES" y Frecuencia de Ingresos, usa las graficas en la página 2 de esta solicitud.				B. Programas de Asistencia							
1) ENUMERAR el nombre de TODOS LOS BEBÉS, NIÑO S, Y ESTUDIANTES en su vivienda hasta el 12 grado inclusive. 2) ENCERRAR "S" EN UN CÍRCULO SI ES ESTUDIANTE o "O" para otros niño s que no asisten a la escuela.					Si aplica, para cada ESTUDIANTE en la vivienda, escriba el nombre de la escuela donde el estudiante asiste actualmente y el nivel de grado del estudiante.				Si aplica, INDICA si un NIÑO / ESTUDIANTE es : No tiene hogar (H) Emigrante (M) Se ha fugado (R) Niño en acogido (F)				Alguien de su familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia que se indican a continuación: FNS, Work First Cash Assistance/TANF, or FDPIR? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES			
Primer	MI	Apellido	Indica uno:	Escuela	Grado	Ingreso BRUTO	INDICA Frecuencia	Ingreso	INDICA Frecuencia	Si la respuesta es "sí", escriba un número de expediente (solo uno) Case Number: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>						
			S O			\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual							
			S O			\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual							
			S O			\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual							
			S O			\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual							
			S O			\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual							

C. Miembros ADULTOS de la Vivienda							1) Para CADA MIEMBRO ADULTO de la familia household member (incluido usted) DECLARAR TODOS TIPOS y cantidades de ingresos brutos recibidos. ESCRIBA un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que quede vacío o en blanco también contará como cero. 2) DECLARAR los ingresos en dolares totals. No incluyan centavos (ej. \$1000) Ojo: Para mas information sobre "Fuentes de Ingresos de NIÑO S/ESTUDIANTES" y Frecuencia de Ingresos, usa las graficas en la página 2 de esta solicitud.						
ENUMERAR los nombres de TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS de la familia. (PRIMER NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban sus propios ingresos		Ingresos BRUTOS profesionales	INDICA Frecuencia		Ayuda Pública/Manutención Infantil/Pensión Alimenticia	INDICA Frecuencia		Pensión/Jubilación/Otros Ingresos	INDICA Frecuencia				
Cabeza de Hogar		\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual				
Otro Adulto		\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual				
Otro Adulto		\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual				
Otro Adulto		\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	\$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual				

D. EL TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA Y NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SSN)	
Escriba el número total de miembros de la familia (niños y adultos) AQUÍ	
ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN) (Cabeza de la casa o sustento principal)	
<input type="checkbox"/> Yo no tengo número de la Seguridad Social	

E. ATESTACIÓN Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. "Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".						
Firma del Adulto:	Fecha de hoy:	Correo electrónico:		Dirección:		
Nombre del adulto que firma el formulario:		Teléfono:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

F. LA IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (Opcional)	
Elija UN origen étnico	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
Elija una raza o mas (independientemente del origen étnico):	
<input type="checkbox"/> Indio americano o native de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	

Para uso exclusivo del colegio	Total Household Members :	Total Household Income: per:
	Income Conversion	
NOTE: If there are multiple income sources with more than one frequency, the SFA must annualize all income by multiplying:		
<input type="checkbox"/> Weekly (x52) <input type="checkbox"/> Bi-Weekly (x26) <input type="checkbox"/> Monthly (x12) <input type="checkbox"/> Bi-Monthly (x24) <input type="checkbox"/> Annually		

Eligibility Determination:
<input type="checkbox"/> Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied
Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date:
Confirming Official's Signature & Date:
Verifying Official's Signature & Date:

Fuentes de Ingresos

Fuente de ingresos de NIÑOS/ESTUDIANTES	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en
<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social <ul style="list-style-type: none"> -Pagos por discapacidad -Beneficios al superstitite 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño es ciego o discapacitado y recibe Prestación es de la Seguridad Social Uno de los padres es discapacitado, esta jubilado o ha fallecido, y su niño recibe Prestación es de la Seguridad Social
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de cualquier otra Fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fi.

Fuente de ingresos de ADULTOS		
Ingresos profesionales	Ayuda publica/pensión alimenticia/manutencion infantil	Pensión/jubilación/otros
<ul style="list-style-type: none"> Sueldo, salario, bonos en efectivo Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) <p><i>Si está en el Ejército de Estados Unidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa 	<ul style="list-style-type: none"> Prestación por desempleo Indemnización laboral Ingresos de seguridad suplementarios (SSI) Ayuda económica del estado o gobierno local Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención infantil Prestación es para los veteranos Prestación por huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social (incluidas las Prestación es de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) Pensiones privadas o Prestación por discapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles Anualidades Ingresos de inversión Intereses ganados Ingresos de alquiler Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

Frecuencia de Pago

Semanales = Una vez por semana	Bisemanal = Cada dos (2) semanas
Mensuales = Una vez por mes	Bimensual = Dos veces por mes
Anual = Salario total por todo el año	

Manda la solicitud a:

Mooreville Graded School District
574 W. McLelland Ave., Bldg. B
Mooreville, NC 28115

La ley nacional de comidas escolares **Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las Prestación es de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

Declaracion de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus Prestación es. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno 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.