

2023/2024 SY HUSD Solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños adoptivos temporales (Foster) y niños 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	IM	Apellido del Niño

HUSD escuela donde asiste el niño o "N/A" si no es un estudiante HUSD

Casilla de verificación si el niño es un hijo de crianza y vaya al Paso 4

Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el niño es sin hogar, emigrante o abandonado, por favor llame al 928-759-5104 HUSD Recursos para la Familia

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? *** NO Número de AHCCCS

SÍ > Verifique qué programa y escriba un número de caso en la casilla provista, luego vaya al PASO 4
NO > Complete PASO 3.

SNAP TANF FDPIR

****Los números de EBT NO califican****

No. de Caso:

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 lo El ingreso de incluir en esta lista?
 Voltrear a la parte posterior de esta aplicación y revisión las listas tituladas "Fuentes de resultados" para obtener más información.
 Las "fuentes de ingresos para los niños" carta le ayudarán con la Sección de Ingreso del niño.
 Las "fuentes de ingresos para adultos" carta le ayudarán con los miembros del hogar Sección ingresos de los adultos.

A. Ingreso del Niño
 A veces los niños en el hogar ganan ingresos. Incluya el ingreso GRUESO TOTAL ganado por todos los NIÑOS que figuran en el PASO 1 aquí

Ingreso del niño \$
 ¿Con qué frecuencia? semana quincenal 2x mes 1x mes

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose 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.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	El resultado bruto de trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?				Pension/Jubilacion/ otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Miembros de la Familia totales (Todos los niños y adultos)

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

Indique si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) 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 falso información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales federales que aplican."

Firma del adulto que llenó el formulario

Nombre impreso si es adulto completando el formulario

Calle y número de casa (si está disponible) Apartamento #

Fecha de hoy

Teléfono (opcional)

Ciudad Estado Código Postal

USO DE OFICINA Error-Prone

Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Case # Application Foster Application Directly Certified: Date of Disregard: _____

Income Application Homeless/Migrant/Runaway

Household Size: _____

Total Income: _____ Per: Week Bi-Weekly (Every 2 Weeks) 2x Month Monthly Annual

Selected For Verification: Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

INSTRUCCIONES

Guías de Ingresos

Guía de Ingresos Para Niños		Guía de Ingresos Para Adultos		
Tipo de ingreso	Ejemplos	Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/Mantenimiento de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro/Otros Ingresos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.	- Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>) - Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local - Pagos de pensión matrimonial - Pagos de manutención - Beneficios de veteranos - Beneficios de huelga - Adopción subsidios / pagos de asistencia	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) - Pensiones privadas o de discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - A anualidades - Ingreso de inversión - Interés ganado - Ingresos de alquiler - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar
Seguro Social: -Pagos de discapacidad -Beneficios de Sobrevivientes	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social. Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.			
Ingresos de personas fuera del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que regularmente le da dinero para gastar a un niño.			
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.			

OPCIONAL **Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque Uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático

Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur Blanco

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere 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 u a precio reducido. Usted 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 está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para 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 identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de 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.

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación de sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los 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: 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; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Consentimiento para compartir información con los programas de HUSD

Si califica para recibir comidas gratis oa precio reducido, podría obtener algunas tarifas escolares reducidas. Debemos tener su permiso para compartir información de elegibilidad con los programas de HUSD basados en cuotas / deportes / pruebas de nivel de escuela secundaria. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis oa precio reducido.

SÍ QUIERO que se comparta mi información de elegibilidad con los programas / deportes basados en cuotas de HUSD / exámenes de nivel de escuela secundaria.

NO! NO QUIERO que se comparta mi información de elegibilidad con los programas / deportes basados en cuotas de HUSD / exámenes de nivel de escuela secundaria.

Si marcó sí más arriba, complete la información a continuación.

Nombre del niño _____ escuela _____

Nombre del niño _____ escuela _____

Nombre del niño _____ escuela _____

Nombre del niño _____ escuela _____

Firma del padre / tutor _____

Nombre impreso _____ Fecha _____

Para obtener más información, puede llamar a Denise Vaughn al (928) 759-5013

Envíe este formulario a: la escuela de su hijo o la oficina del distrito de Nutrición Infantil HUSD ubicado en 6411 N. Robert Rd, Bldg.200 Prescott Valley AZ 86314