

**Food and Nutrition Services (Servicios de Alimentación y Nutrición)/  
School Breakfast Program (Programa de Desayuno Escolar)  
2023-2024 Carta a los hogares (escuelas públicas)**

Estimado(a) padre / madre / tutor:

Esta carta explica cómo sus niños pueden obtener comidas gratuitas o a precio reducido, así como información sobre otros beneficios. A continuación se indica el costo de las comidas escolares.

El desayuno y el almuerzo se servirán sin costo alguno para aquellos niños que tengan derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido en los grados K-12. A todos los demás estudiantes se les aplicarán las tarifas indicadas a continuación.

REGULAR			
Grado o Nivel	Desayuno	Almuerzo	Bocadillo
K-5	\$ 2.50	\$ 4.25	\$ .50
6-8	\$ 2.75	\$ 4.50	\$ .50
9-12	\$ 2.75	\$ 4.75	\$ .50
Adulta	\$ 3.75	\$ 5.75	\$ .50

**¿Quién debe rellenar una solicitud?**

Rellene la solicitud si:

- Los ingresos totales del hogar son IGUALES o INFERIORES a la cantidad indicada en la tabla.
- Usted recibe Basic Food (Alimentos Básicos), participa en el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) (FDPIR) o recibe Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (TANF) para sus hijos.
- Está haciendo una solicitud para niños en acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal.

**Entregue la solicitud a:** PO Box 400 / 8001 Silva Ave SE, Snoqualmie, WA 98065, a la escuela de su hijo o a la oficina de Servicio de Alimentos del distrito.

Asegúrese de presentar SÓLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si alguno de los niños para los que presenta la solicitud no tiene hogar (McKinney-Vento) o es inmigrante, marque la casilla correspondiente.

**¿Qué es lo que cuenta como ingreso? ¿A quién se considera un miembro de mi hogar?**

Observe el cuadro de ingresos que aparece a continuación. Encuentre el tamaño de su hogar. Encuentre los ingresos totales de su hogar. Si los miembros del hogar cobran en diferentes momentos del mes y no está seguro de si su hogar cumple los requisitos, rellene una solicitud y determinaremos por usted la elegibilidad con respecto a los ingresos. La información que proporcione se utilizará para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Los niños en régimen de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal, tienen derecho a recibir comidas gratuitas independientemente de los ingresos personales. Si tiene preguntas sobre la solicitud de prestaciones de comida para niños en acogida, póngase en contacto con nosotros en [425-831-8030](tel:425-831-8030)

Directrices de ingresos del Programa de Nutrición Infantil del USDA En vigor del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024					
Hogar Tamaño	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183

**HOGAR** se define como todas las personas, incluidos los padres, los hijos, los abuelos y todas las personas emparentadas o no emparentadas que viven en su casa y comparten los gastos de manutención. Si se solicita para un hogar con un niño de acogida, puede incluir al niño de acogida en el tamaño total del hogar.

**INGRESOS DEL HOGAR** se consideran como los ingresos que cada miembro del hogar ha recibido antes de impuestos. Esto incluye los salarios, seguridad social, pensión, desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de acogida como parte del hogar, debe incluir también los ingresos personales del niño de acogida. No declare los pagos de acogida como ingresos.

**¿Qué debe figurar en la solicitud?**

**A. Para los hogares que no reciben ninguna ayuda:**

- Nombre de él o los estudiantes
- Nombres de todos los integrantes del hogar
- Ingresos por fuente para todos los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar

- Los últimos 4 dígitos del número del Seguro Social del integrante adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene número del Seguro Social, marque la casilla correspondiente).

Complete las *partes 1, 2, 3, 4, y 5*; la *parte 6* es opcional.

**Food and Nutrition Services (Servicios de Alimentación y Nutrición)/  
School Breakfast Program (Programa de Desayuno Escolar)  
2023-2024 Carta a los hogares (escuelas públicas)**

**¿Qué debe figurar en la solicitud? *continúa***

**B. Para los hogares que sólo tienen niños de acogida**

- Nombre de(los) estudiante
- Firma del miembro adulto del hogar

**C. Para una familia que recibe Basic Food (Alimentos Básicos)/TANF/FDPIR:**

- Enumere todos los nombres de los estudiantes
  - Introduzca un número de caso
  - Firma del miembro adulto del hogar
- Complete las *partes 1, 2, 4, y 5*. La *parte 6* es opcional.

**Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para el caso C.**

Complete las *partes 1 y 5*; la *parte 6* es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación judicial que demuestre que el o los niños de acogida fueron colocados con usted en lugar de rellenar un formulario de solicitud.

**Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para el caso B.**

**D. Para un hogar con un niño o niños de acogida y otros niños:**

Solicite como un hogar e incluya a los niños de acogida. Siga las instrucciones para el caso "A. Para los hogares que no reciben ninguna ayuda:" e incluya los ingresos de uso personal del niño de acogida.

**¿Qué pasa si no recibo el dinero de Basic Food (Alimentos Básicos)?**

Si ha sido aprobado para recibir Basic Food (Alimentos Básicos) pero no recibe realmente los dólares de Basic Food (Alimentos Básicos), puede ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Debe solicitar los beneficios de las comidas rellenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su niño.

**¿Mis niños son automáticamente elegibles si tienen un número de expediente?**

Si. Los niños que reciben TANF o Basic Food (Alimentos Básicos) pueden obtener comidas gratuitas y los que reciben algunas prestaciones de Medicaid pueden optar a comidas gratuitas o a precio reducido sin que la familia tenga que rellenar una solicitud. Estos niños son identificados por la escuela mediante un proceso de comparación de datos. Esta lista coincidente se pone a disposición del personal del servicio de alimentación de la escuela de su niño. Los alumnos de esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas tienen el programa de desayunos y/o almuerzos gratuitos y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que sus niños deberían recibir comidas gratuitas y no lo están haciendo. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas utilizando este método, por favor notifíquelo a la escuela.

**Si alguien de mi hogar tiene un número de caso, ¿todos los niños tendrán derecho a comidas gratuitas?**

Si. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de acogida, usted debe rellenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que otros niños de su hogar deberían recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

**Basic Food (Alimentos Básicos) - ¿Puedo recibir ayuda para comprar alimentos?**

Basic Food (Alimentos Básicos) es el programa estatal de cupones de alimentos. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes proporcionando beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Conseguir Basic Food (Alimentos Básicos) es fácil! Puede solicitarlo en persona en la oficina local de servicios comunitarios del DSHS (DSHS Community Service Office), por correo o por Internet. También hay otros beneficios. Puede informarse sobre Basic Food (Alimentos Básicos) llamando al 1-877-501-2233 o entrando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**Estamos en el ejército. ¿Declaramos nuestros ingresos de forma diferente?**

El sueldo base y las bonificaciones en metálico deben declararse como ingresos. Si usted recibe algún subsidio por valor en efectivo para alojamiento, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares), no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. También se excluye de los ingresos cualquier paga adicional de combate resultante de un despliegue.

**La solicitud de mi niño fue aprobada el año pasado. ¿Tengo que rellenar una nueva?**

Si. La solicitud de su niño sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días del presente año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su niño es elegible para el nuevo año escolar.

**¿Qué ocurre si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que declarar?**

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que declare en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto ocurra, escriba un 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contabilizará como un cero. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que lo ha hecho con intención.

**Cobertura médica**

Para informarse o solicitar cobertura sanitaria para los niños de su hogar, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

**¿Y si mi niño necesita alimentos especiales?**

Si su niño necesita alimentos especiales, póngase en contacto con la oficina de servicios alimentarios de la escuela o del distrito.

**Food and Nutrition Services (Servicios de Alimentación y Nutrición)/  
School Breakfast Program (Programa de Desayuno Escolar)  
2023-2024 Carta a los hogares (escuelas públicas)**

### **Prueba de elegibilidad**

La información que usted proporcione puede ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le pida que envíe información adicional para demostrar que su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido.

### **Audiencia imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su niño o con el proceso utilizado para probar la elegibilidad de los ingresos, puede conversar con Ryan Stokes quien es el funcionario de la audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial que puede organizarse llamando a la escuela o al distrito escolar a este número 425-831-8000

### **Repetición de la solicitud**

Puede solicitar los beneficios en cualquier momento del año escolar. Si se produce una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del mismo, o se queda sin empleo, o recibe Basic Food (Alimentos Básicos), TANF o FDPIR, puede tener derecho a los beneficios y puede rellenar una solicitud en ese momento.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; 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 que ofrece igualdad de oportunidades.

**2023-24 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO**  
**Distrito Escolar 410 de Snoqualmie Valley**

F (solo uso de oficina) R

2024\_\_\_\_\_

**Aplicar en línea:** <https://www2.nwrdc.wa-k12.net/scripts/cgiip.exe/WService=wsnoquas71/seplog01.w>

**Complete, firme y devuelva esta solicitud a:** la escuela de su hijo, Oficina de Servicio de Alimentos de SVSD en 8001 Silva Ave SE, Snoqualmie, WA 98065 o por correo a PO Box 400, Snoqualmie, WA 98065

**Verifique aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:**

Sin hogar       Migrante

1. Haz una lista de **todos los estudiantes que** viven contigo y que asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y haga una "x" en la casilla correcta para la frecuencia con la que se recibe.

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Respalda	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	StudentIncome	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual
			<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"/>	<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"/>

2. Si algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si no, vaya al paso 3.

Alimentación básica       TANF       Programa de distribución de alimentos en reservas indias (FDIPR) Número de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar - Ingrese los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia se reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, está prometiendo que no hay ingresos que informar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Respalda	Ganancias del trabajo (antes de cualquier deducción)	Asistencia Pública / Manutención de los Hijos / Pensión Alimenticia				Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)				Cualquier otro ingreso que aún no esté en la lista	Cualquier otro ingreso que aún no esté en la lista			
			Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual		Quincenal	2 X Mes	Mensual	
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del hogar (incluye a todas las personas que viven en su hogar):  de  últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN)  Compruebe si No hay SSN

(el total indicado debe ser igual al número de miembros del hogar enumerados anteriormente)

**Asalariado primario u otro miembro del hogar**

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y devuelva esta solicitud a:

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se reportan. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre impreso del miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono diurno

Fecha

**6. Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para comidas gratuitas o a precio reducido.**

Marcar una o más identidades raciales:

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

Blanco

Marca una identidad étnica:

Hispano o Latino

No hispano ni latino

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o si enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Alimentos Básicos), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación 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 los beneficios de 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.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas 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 (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), 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 comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. To presentar una queja por discriminación en el programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del 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>, en 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 presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

1400 Avenida Independencia, SW

Washington, D.C. 20250-9410; fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Distrito Escolar de Snoqualmie - Declaración de no discriminación del distrito escolar

El Distrito Escolar de Snoqualmie Valley cumple con todos los estatutos y regulaciones federales y estatales y no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, estado de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio, y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Esto es válido para todas las oportunidades de empleo y estudiantes del distrito. Las consultas sobre procedimientos de cumplimiento y / o quejas pueden dirigirse al Oficial del Título IX / RCW 28A.640 del distrito escolar, Coordinador de la Sección 504 / ADA y Coordinador de Cumplimiento de Derechos Civiles, Nicole Fitch, P.O. Box 400, Snoqualmie, WA 98065, o llame al 425-831-8015.

**SOLO PARA USO ESCOLAR: NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

CONVERSIÓN DE INGRESOS ANUALES: Semanal x 52; Quincenal x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12. (Hacer **NO** convertir a ingresos anuales a menos que el hogar informe múltiples frecuencias de pago).

**APROBACIÓN LEA:**  Alimentos básicos/TANF/FDPIR/Foster  
 Ingresos del hogar

Tamaño total del hogar \_\_\_\_\_  
Ingreso total del hogar \$ \_\_\_\_\_

Semanal     Quincenal     2x por mes     Mensual     Anual

**SOLICITUD APROBADA PARA:**  Comidas gratis  
 Comidas a precio reducido

**SOLICITUD DENEGADA PORQUE:**  Ingresos por encima de la cantidad permitida  Otro: \_\_\_\_\_  
 Información incompleta/faltante

\_\_\_\_\_  
Fecha de envío del aviso

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario que aprueba

\_\_\_\_\_  
Fecha