

**2023–24 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO
LAKE STEVENS SCHOOL DISTRICT**

**(PREGUNTAS?) En Espanol llamados:
Nora Jimenez Gonzalez 425-335-1565
En English - Nutrition Office: 425-335-1561**

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Food & Nutrition Services, 12309 22nd St. NE, Lake Stevens, WA 98258; Fax 425-335-1549; or email foodservices@lkstevens.wednet.edu

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una “X” en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “X” el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
							\$				
							\$				
							\$				
							\$				
							\$				

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
		\$					\$					\$					\$				
		\$					\$					\$					\$				
		\$					\$					\$					\$				
		\$					\$					\$					\$				
		\$					\$					\$					\$				

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN: ☐
- (el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: 12309 22nd ST NE, LAKE STEVENS, WA 98258

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:

Indio americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o isleño del pacifico

Blanco

Marque una identidad:

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

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 Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), 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 prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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; or Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades; (2)fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3)correo electrónico: program.intake@usda.gov

Declaración de No Discriminación del Distrito Escolar de Lake Stevens:

De acuerdo con RCW 49.60, el Distrito Escolar de Lake Stevens no discrimina en el empleo y las escuelas. El Distrito Escolar de Lake Stevens ofrece igualdad de oportunidades educativas y de empleo sin distinción de raza, credo, color, origen nacional, sexo, discapacidad / discapacidad, orientación sexual, incluida la identidad o expresión de género, credo, religión, edad, veterano o estado militar, uso de un perro entrenado para guiar o servir a un animal por parte de una persona con una discapacidad, y proporciona acceso igualitario a los Boy Scouts y a los grupos de jóvenes designados. El distrito cumple con todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables para incluir, entre otras, el Título IX, el Título VI de las Leyes de Derechos Civiles, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, RCW 49.60 "La Ley contra la Discriminación" y la RCW 28A .640 "Sex Equity" (Equidad Sexual), y cubre, pero no se limita a, todos los programas, cursos, actividades del distrito, incluyendo actividades extracurriculares, servicios, acceso a instalaciones, etc. Las consultas sobre los procedimientos de cumplimiento deben dirigirse al Distrito Escolar de Lake Stevens, 12309 22nd St. NE, Lake Stevens, WA 98258, Atención: Título IX y Oficial de Derechos Civiles, John Balmer, (425) 335-1500, John_Balmer@lkstevens.wednet.edu o Oficial de Cumplimiento de la ADA y Oficial de Cumplimiento de la Sección 504, Miriam Tencate, (425) 335-1500, Miriam_Tencate@lkstevens.wednet.edu.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL:	Basic Food/TANF/FDPIR/Foster	Total Household Size	_____	Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
	Income Household	Total Household Income	\$ _____					

APPLICATION APPROVED FOR:	Free Meals	APPLICATION DENIED BECAUSE:	Income Over Allowed Amount	Other: _____
	Reduced-Price Meals		Incomplete/Missing Information	

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date



LAKE STEVENS SCHOOL DISTRICT

Food & Nutrition Services



Lake Stevens Food & Nutrition Services Office

12309 22nd ST NE, Lake Stevens, WA 98258

Office: 425-335-1561 | Fax: 425-335-1549

Email: foodservices@lkstevens.wednet.edu

Parent / Guardian Release of Student Meal Benefit Eligibility

Dear Parent or Guardian:

If you would like to have your student(s) current school year free or reduced eligibility shared with school officials in order to receive additional reduced program fees in our district, please return this form directly to our Food & Nutrition Office via mail, fax or email. Your student may not have the option for a reduction of fees until this form is received and processed by our office. This is an annual process.

Student Name (Please Print): _____ Date of Birth: _____ School: _____

Student Name (Please Print): _____ Date of Birth: _____ School: _____

Student Name (Please Print): _____ Date of Birth: _____ School: _____

Student Name (Please Print): _____ Date of Birth: _____ School: _____

Other Benefits – Please check the box in front of the programs that you wish to share your child's free or reduced price meal status with, in order to qualify for a reduction in fees:

YES! Please share my student(s) eligibility status for LSSD InTouch Reduced Program Fees (Chromebook Protection Plan, AP Testing, Summer School, ASB Cards, ASB Dances, ASB Competitions, ASB Conferences, ASB Plays, ASB Home Games, ASB Uniforms, ASB Field Trips, ASB Dues) InTouch is our district online fee payment system.

By signing below, I allow the information contained on this application to be shared with the other program(s) I have indicated.

Parent/Guardian Signature* (*required for benefit)

Date

No thanks! Please **do not** share my student(s) eligibility status. If you have any questions regarding eligibility benefit, please contact the Nutrition Office at 425-335-1561.

Otros beneficios – Marque el casillero delante de los programas con los que desea compartir la categoría de comida gratuita o a precio reducido de su hijo para obtener una reducción del precio:

Si! Por favor comparta el estado de elegibilidad de mi (s) estudiante (s) para las tarifas reducidas del programa LLSD InTouch (plan de proteccion de Chromebooks; exámenes AP, escuela de verano, tarjetas ASB, bailes ASB, competencias ASB, conferencias ASB, juegos ASB, juegos en casas ASB, uniformes ASB, Viajes, cuotas de ASB)

Al firmar a continuación, dejo que la información contenida en esta solicitud sea compartida con el otro programa (s) que he indicado.

Firma Padre/ tutor

Fecha

No, gracias! Por favor, no comparta el estado de elegibilidad de mi (s) estudiante (s). Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de elegibilidad, comuníquese con la Ofician de Nutricion al 425-335-1561 **(PREGUNTAS?) En Espanol llamades: Nora Jimenez Gonzalez 425-335-1565**