

Comidas Gratuitas y a Precios Rebajados

Para alumnos de ACPS en el año escolar 2024-2025



Alexandria City Public Schools

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Los Servicios de Nutrición Escolar se complacen en ofrecer desayuno y almuerzo GRATUITO a alumnos y escuelas elegibles, como parte de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, financiados con fondos federales, y administrados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y el Departamento de Educación de Virginia.

DESAYUNO y ALMUERZO GRATUITOS

se proveerán a **TODOS** los alumnos que asistan a una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP). Las escuelas indicadas a continuación están identificadas como escuelas CEP para el año escolar 2024-2025.

• ACHS, campus de King Street	• Jefferson Houston PreK-8 IB
• ACHS, campus de Minnie Howard	• John Adams Elementary/Centro de la Primera Infancia
• Cora Kelly para Matemáticas, Ciencia y Tecnología	• Patrick Henry K-8
• Ferdinand T. Day Elementary	• Samuel W. Tucker Elementary
• Francis C. Hammond Middle	• William Ramsay Elementary
• James K. Polk Elementary	

Las familias de alumnos que asistan a estas escuelas CEP **NO** necesitan llenar la solicitud de Comidas Gratuitas y a Precio Rebajado a menos que tengan otros niños que asistan a otra escuela de ACPS que no sea CEP.

SOLICITUDES DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REBAJADO

Se requiere una solicitud por hogar en cada año escolar.

UNA SOLICITUD APROBADA PUEDE OFRECER UN RANGO COMPLETO DE AYUDA



Haga su solicitud en línea en www.schoolcafe.com/alexandriacps

Un alumno de ACPS puede calificar para beneficios de comida gratuita o a precio rebajado si los ingresos de la familia cumplen con los requisitos de elegibilidad. Los padres que crean que sus hijos pueden ser elegibles **deben** completar una solicitud de Comidas Gratuitas y a Precios Rebajados en línea o en papel para que se determine la elegibilidad.

Si recibió una carta de Certificación Directa del Año Escolar 2024-2025, **NO complete una solicitud.**

¿Preguntas? Comuníquese con los Servicios de Nutrición Escolar de ACPS por el 703-619-8048 o envíe un correo electrónico a food@acps.k12.va.us

CARTA AL HOGAR DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REBAJADO 2024-2025 | INSTRUCCIONES

Estimado padre, madre o tutor legal:

Por favor, siga estas instrucciones para llenar la solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio rebajado. Cada año escolar, se requiere una nueva solicitud para determinar la elegibilidad. Solo se necesita **UNA** solicitud por hogar, incluso si tiene varios niños inscritos en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. Cada paso de las instrucciones es igual a los pasos de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, por favor contacte los Servicios de Nutrición Escolar, **703-619-8048; food@acps.k12.va.us**. **NO haga una solicitud si ha recibido una carta de Certificación Directa del año escolar 2024-2025 para sus hijos.**

Todas las comidas servidas deben cumplir con los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Si un médico ha determinado que un niño tiene una discapacidad, y la discapacidad le impediría comer la comida escolar regular, la escuela hará las sustituciones prescritas por el médico. Si se necesita una sustitución, no habrá cargo adicional por la comida. Si su hijo necesita sustituciones debido a una discapacidad, comuníquese con el director de Servicios de Nutrición Escolar de ACPS, Dr. Eric K. Coleman, por el 703-619-8048, para obtener más información. Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los niños de crianza temporal (*foster care*) que son responsabilidad legal de una agencia de crianza temporal o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los alumnos que son elegibles para Medicaid o son miembros de hogares que participan en WIC también *pueden* ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado según los ingresos del hogar.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON PLUMA AZUL o NEGRA (NO USE LÁPIZ NI TINTA ROJA).

PASO A:

PROVEA LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON ESTUDIANTES, BEBÉS U OTROS NIÑOS.

¿A quién debo indicar aquí? Al llenar esta sección, incluya a TODOS los miembros de su hogar que sean:

- Niños de 18 años o menos Y que estén mantenidos con los ingresos del hogar; bajo su cuidado o bajo un arreglo de crianza, o que califican como joven sin hogar, migrante o fugitivo; estudiantes universitarios.

Escriba en letra de imprenta el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del niño tal como está registrado en la escuela. <i>No use un apodo.</i> Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.	Provea la fecha de nacimiento de cada niño. Escriba un número en cada casilla para indicar la fecha de nacimiento del niño, como MM/DD/AA. Ejemplo: <i>La fecha de nacimiento del niño es el 27 de mayo de 2016.</i> <table><tr><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>1</td><td>6</td></tr></table>	M	M	D	D	A	A	0	5	2	7	1	6	¿A qué escuela asiste y califica cada niño? Provea el nombre de la escuela y el nivel de grado de cada estudiante.	Niños sin hogar, en adopción temporal (<i>foster</i>), fugitivos, migrantes: Si alguno de los niños enumerados son <i>niños de crianza (foster)</i>, encierre en un círculo la casilla correspondiente a "Niño de crianza" y luego omita el PASO D, a menos que esté solicitando tanto para niños de crianza como para niños que no son de crianza, y luego vaya al PASO B. Si cree que algún niño de la lista no tiene hogar, se ha escapado del hogar o es migrante, encierre en un círculo la casilla correspondiente y complete TODOS LOS PASOS de la solicitud. Comuníquese con el enlace de educación para personas sin hogar/cuidado de crianza de ACPS por el 703-619-8071 para obtener más información.	¿Tiene el estudiante un trabajo o recibe dinero por discapacidad, SSI o cualquier otra fuente? Indique cuánto gana el estudiante y con qué frecuencia.
M	M	D	D	A	A											
0	5	2	7	1	6											

PASO B:

¿ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR PARTICIPAN ACTUALMENTE EN SNAP, TANF O FDPIR?

Si alguien en su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia que se enumeran a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas escolares gratuitas:

- Programa de Asistencia de Ingreso Suplementario (SNAP, anteriormente conocido como Food Stamps o Cupones para Alimentos)
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)

Si alguien en su hogar recibe SNAP y/o TANF, Deje el PASO B en blanco y vaya al PASO C.	Si alguien en su hogar participa en alguno de los programas mencionados anteriormente: - Proporcione su número de caso. Si no conoce su número de caso, comuníquese con la oficina del Departamento de Servicios Humanos y Comunitarios (DCHS): 703.746.5700. No provea el número de Medicaid o de la tarjeta EBT. - Vaya al PASO E.
--	---

CARTA AL HOGAR DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REBAJADO 2024-2025 | INSTRUCCIONES

PASO C: PROVEA LOS NOMBRES E INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR			
Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su hogar que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, <u>incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios</u> . No incluya: Personas que vivan con usted pero que no reciben apoyo de los ingresos de su hogar Y no aportan ingresos a su hogar (como los compañeros de cuartos).			
Indique los nombres de los miembros adultos del hogar. Escriba el nombre y apellido de cada miembro adulto del hogar, así como su edad. <u>No incluya a ningún miembro del hogar que haya incluido en el PASO A.</u>	REPORTES DE INGRESOS		
	Escriba un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos que informar. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío o en blanco también se contará como un cero. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.		
	Ganancias del trabajo: Informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ganancias del trabajo" en la solicitud. Este suele ser el dinero recibido por trabajar en puestos de trabajo. ¿Qué pasa si trabajo por mi cuenta? Reporte los ingresos de ese trabajo como una cantidad neta. Esto se se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa a sus ingresos de sus recibos o ingresos brutos O puede ubicarse en el Anexo C (<i>Schedule C</i>) de su declaración de impuestos sobre la renta presentada.	Ingresos de asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia. Informe todos los ingresos que correspondan en el campo "Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia" de la solicitud. Si recibe ingresos de manutención de niños o pensión alimenticia, solo informe los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben declararse como "otros" ingresos.	Ingresos por Pensiones/Jubilaciones/Todos los demás ingresos. Informe todos los ingresos que correspondan en el campo "Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos" de la solicitud.
PASO D: CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR			
OTROS BENEFICIOS: La ley permite que la división escolar comparta su información de elegibilidad para comidas gratuitas o de precio rebajado con Medicaid y FAMIS. Estos programas solo pueden usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro médico gratuito o de bajo costo y para inscribirlos en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no pueden usar la información de su solicitud de comida gratis o a precio rebajado para ningún otro propósito. Los funcionarios de Medicaid o los funcionarios de FAMIS pueden comunicarse con usted para obtener más información. No es necesario que nos permita compartir esta información con Medicaid o el programa FAMIS. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado. Si no desea que se comparta su información, marque la casilla correspondiente en la solicitud. Puede calificar para otros programas de asistencia. Para averiguar cómo solicitar SNAP u otros programas de asistencia, comuníquese con la oficina local de servicios sociales de su área. SERVICIOS ACADÉMICOS/COMUNITARIOS: Al seleccionar la casilla, nos da permiso para compartir su información con funcionarios escolares y programas para el uso de servicios educativos y de salud locales, como vales de prueba/determinación de becas, servicios de remediación/tutoría, clínicas médicas/dentales/de la vista, verano/recreación. Actividades, útiles escolares, cuotas deportivas, excursiones, equipo de música, etc.			
PASO E: CONFIRMACIÓN: FIRMA DEL ADULTO E INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Un miembro adulto del hogar DEBE firmar la solicitud e indicar el Número de Seguro Social (SSN).			
Total de miembros del hogar. Ingrese el número total de miembros del hogar (niños y adultos) que DEBE ser igual al número de miembros del hogar indicados en el PASO A y el PASO C.	Escriba su nombre en letra de imprenta y firme. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud y que esa persona firme en la casilla "Firma del jefe de familia".	Provea los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SSN). Un miembro adulto del hogar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su SSN. Si el adulto que firma esta solicitud no tiene un SSN, marque la casilla que indica "No tengo un Número de Seguro Social".	Provea su información de contacto. Escriba su dirección actual así como sus números de teléfono, dirección de correo electrónico o ambos, ya que eso nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos contactarle.
PASO F: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (Opcional)			
CONFIDENCIALIDAD Y AVISO DE DIVULGACIÓN: Los funcionarios escolares usan la información en la solicitud para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio rebajado y para verificar la elegibilidad. Según lo autorizado por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares, la división escolar puede informar a los funcionarios relacionados con otros programas de nutrición, salud y educación infantil sobre la información de su solicitud para determinar los beneficios para esos programas o con fines de financiación y/o evaluación. VERIFICACIÓN: Los funcionarios escolares pueden verificar su elegibilidad en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe información para probar que su(s) hijo(s) debe(n) recibir comidas gratis o a precio rebajado.			
AUDIENCIA JUSTA: Tiene derecho a una audiencia justa. Si no está de acuerdo con la decisión de los Servicios de Nutrición Escolar sobre su solicitud o el resultado de la verificación, escriba o llame a SERVICIOS DE NUTRICIÓN ESCOLAR por el 703-619-8048 o escriba al siguiente funcionario: Dra. Alicia Hart, Jefa de Instalaciones y Operaciones, 1340 Braddock Place, Alexandria, VA 22314. Teléfono: (703) 619-8289.			
VOLVER A SOLICITAR BENEFICIOS: Puede volver a solicitar comidas gratuitas o a precio rebajado en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero tiene un cambio, como una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar, queda desempleado u obtiene SNAP o TANF para sus hijos, llene una solicitud en ese momento. <i>Es posible que se requiera documentación.</i>			
POLÍTICA DE COMIDAS: A los alumnos que no tengan dinero en la cuenta o a mano para cubrir el costo de una comida en el momento del servicio se les permitirá cargar una comida completa. A los alumnos no se les permitirá pagar por artículos a la carta. Se harán esfuerzos razonables para evitar llamar la atención sobre la incapacidad de pago de un alumno. SNS notificará al director diariamente sobre cualquier cargo de comida no pagado. La persona designada por el director luego notificará al padre/tutor legal en el idioma preferido del padre/tutor legal. Después de que se hayan cargado diez (10) comidas, el director lo notificará a los padres o al tutor legal por correo postal. Las notificaciones por escrito incluirán el monto de los cargos por comidas no pagadas, información sobre cómo enviar pagos, e información sobre cómo reponer las cuentas de comidas del alumno, así como la información de contacto para obtener ayuda para registrarse para recibir beneficios de comidas gratis o a precio rebajado. Además, el director designará a un miembro del equipo de apoyo escolar para programar una reunión con los padres/tutores para determinar si el estudiante califica para los beneficios de comidas gratis o a precio rebajado. Por lo tanto, ACPS puede notificar al departamento de servicios sociales sobre casos sospechosos de negligencia infantil.			

Atentamente,

Dr. Eric K. Coleman, MBA, M. Ed, CSC
Director de la Oficina de los Servicios de Nutrición Escolar

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (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 represalia o represalia por actividad anterior de 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 por el (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión por el (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 por: 1. correo postal: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 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. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Solicitud del hogar para recibir comidas escolares gratuitas y a precio rebajado de las ESCUELAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE ALEXANDRIA de 2024-2025 (Complete UNA solicitud por hogar. Por favor, use un bolígrafo.)

DEVUELVALA A: Servicios de Nutrición Escolar, 1340 Braddock Place, Alexandria VA 22314; 703-619-8048 • FAX: 703-619-8990; food@acps.k12.va.us

Haga la solicitud en línea: www.schoolcafe.com/alexandriacps

A. NIÑOS y ALUMNOS que forman parte del hogar (Use una hoja de papel separada si necesita más espacio)

1. Escriba en LETRA DE IMPRENTA los nombres Y la fecha de nacimiento de TODOS LOS NIÑOS en el hogar. Incluya BEBÉS y estudiantes que no asisten a ACPs.

2. Si corresponde, para cada ESTUDIANTE en el hogar, INGRESE el nombre de la escuela donde el estudiante está inscrito actualmente y su grado actual.

3. Si corresponde, MARQUE si el NIÑO/ESTUDIANTE está: En crianza temporal oficial (F); Sin hogar (H); Migrante (M); y/o Fugitivo (R)

NOTA: Para obtener más información sobre "Recursos de ingresos para NIÑOS O ALUMNOS" y Frecuencia de Ingresos, voltee la página de esta solicitud.

SI EL NIÑO/ESTUDIANTE RECIBE INGRESOS DEL TRABAJO O DE CUALQUIER OTRA FUENTE, INGRESE EL MONTO TOTAL BRUTO A CONTINUACIÓN
DEJE EN BLANCO SI EL NIÑO/ESTUDIANTE NO RECIBE INGRESOS

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA	Inicial del segundo nombre	Apellido EN LETRA DE IMPRENTA	Fecha de nacimiento			Escuela EN LETRA DE IMPRENTA	Grado	En crianza temporal oficial (F); Sin hogar (H); Migrante (M); Fugitivo (R)				Ingresos BRUTOS	MARQUE UNO: Frecuencia de Ingresos			
			MM	DD	AA											
1.								H	M	R	F	\$	Semanal (W) Quincenal (S)	Cada dos semanas (B) Mensual (M) Anual (A)		
2.								H	M	R	F	\$	Semanal (W) Quincenal (S)	Cada dos semanas (B) Mensual (M) Anual (A)		
3.								H	M	R	F	\$	Semanal (W) Quincenal (S)	Cada dos semanas (B) Mensual (M) Anual (A)		
4.								H	M	R	F	\$	Semanal (W) Quincenal (S)	Cada dos semanas (B) Mensual (M) Anual (A)		

B. Programas de Asistencia – SNAP, TANF, FPDIR | Si usted no conoce su número de caso, comuníquese con el trabajador de su caso. No provea el número de Medicaid o de la tarjeta EBT.

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) recibe beneficios de SNAP, TANF, o FPDIR? ☐ NO ☐ SÍ Si la respuesta es "SÍ", ingrese su número de caso "YES,": luego PASE a la SECCIÓN D.

C. Miembros ADULTOS del hogar – Indique TODOS los miembros del hogar, incluso si no reciben ingresos.

Frecuencia de Ingresos: Semanal (W) | Cada dos semanas (B) | Quincenal (S) | Mensual (M) | Anual (A)

NOMBRE y APELLIDO EN LETRA DE IMPRENTA		Edad	Ingresos BRUTOS Ganancias del TRABAJO	MARQUE Frecuencia de Ingresos	Asistencia pública • Pensión alimenticia • Manutención infantil	MARQUE Frecuencia de Ingresos	Pensiones • Jubilaciones • TODOS los otros ingresos	MARQUE Frecuencia de Ingresos
Cabeza del hogar			\$	W B S M A	\$	W B S M A	\$	W B S M A
Adulto			\$	W B S M A	\$	W B S M A	\$	W B S M A
Adulto			\$	W B S M A	\$	W B S M A	\$	W B S M A
Adulto			\$	W B S M A	\$	W B S M A	\$	W B S M A

D. Consentimiento para compartir

☐ Los Servicios de Nutrición Escolar pueden compartir la información de esta solicitud con Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños de Virginia llamado FAMIS. Marque la casilla si no desea que se comparta esta información. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado.

☐ Su(s) hijo(s) podría(n) calificar para servicios ACADÉMICOS y COMUNITARIOS tales como cuotas deportivas, vales para exámenes, clínicas dentales/de la vista, actividades de verano, etc. Al marcar la casilla, nos da permiso para compartir su información con funcionarios o programas escolares para el uso de los servicios locales de salud y educación.

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

Número TOTAL de miembros del hogar (niños y adultos)

Nombre del jefe de familia en LETRA DE IMPRENTA

Fecha de hoy:

Firma del jefe de familia

ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN: XXX-XX-

☐ No tengo un Número de Seguro Social.

F. Identidades raciales y étnicas de los niños (OPCIONAL)

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. 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 sus hijos.

Etnicidad (marque uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más): ☐ Indígena estadounidense o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Indígena hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco

Teléfono de casa

Teléfono celular

Teléfono del trabajo (incl. extensión si corresponde)

Correo electrónico

Solo para uso de la oficina

Total Household: _____

Total Income: \$ _____

☐ Weekly (x52) ☐ Biweekly (x26) ☐ Semimonthly (x24) ☐ Monthly (x12) ☐ Annually

Eligibility Determination: ☐ Free ☐ Reduced ☐ Denied for Income ☐ Categorical Eligibility: FOSTER HOMELESS SNAP/TANF

Verification Results: NO CHANGE | Free to Reduced | Free to Paid | Reduced to Free | Reduced to Paid

Reason for Change: Household Size • Income • No Response/Refused to Cooperate • SNAP/TANF

Determining Official

Reviewing Official

Verifying Official's Signature

Date

Date

Date

GUÍAS 2024-2025 DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS					
Tamaño del hogar	Semanal (52 veces por años)	Cada dos semanas (26 veces por años)	Quincenal (24 veces por años)	Mensual (12 veces por años)	Anual (una vez por años)
1	\$ 536	\$1,072	\$1,161	\$2,322	\$27,861
2	728	1,455	1,576	3,152	37,814
3	919	1,838	1,991	3,981	47,767
4	1,110	2,220	2,405	4,810	57,720
5	1,302	2,603	2,820	5,640	67,673
6	1,493	2,986	3,235	6,469	77,626
7	1,685	3,369	3,650	7,299	87,579
8	1,876	3,752	4,064	8,128	97,532
Por cada miembro adicional en el hogar, AÑADA	+ 192	+ 383	+ 415	+ 830	+ 9,953

TODAS las cantidades deben estar en ingresos BRUTOS.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos procesar la solicitud de comidas gratuitas o a precio rebajado de sus hijos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza (foster child), o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o cuando indica que el el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado, y para la administración y cumplimiento 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 beneficios para 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.

Fuentes de ingresos para NIÑOS/ESTUDIANTES	
Fuentes de ingresos	Ejemplos
- Ganancias del trabajo - Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios de sobreviviente - Ingresos de cualquier otra Fuente	- Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario. - Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social. - Uno de los padres está discapacitado, jubilado o fallecido y su hijo recibe beneficios del Seguro Social. - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

Sources of Fuentes de ingresos para ADULTOS		
Ganancias del trabajo	Asistencia pública Pensión alimenticia manutención infantil	Pensiones Jubilaciones TODOS los otros ingresos
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) <i>Si usted está en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:</i> - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluye pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizada) - Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base	- Beneficios de desempleado - Compensación del trabajador - Ingreso suplementario de seguridad SSI - Asistencia en efectivo del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Beneficios para veteranos - Subsidios de huelga	- Seguridad Social (incl. jubilación ferroviaria y beneficios del pulmón negro) - Pensiones privadas o prestaciones por invalidez - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - interés ganado - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (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 represalia o represalia por actividad anterior de 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 por el (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión por el (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/ad-3027.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 por:

Correo postal a: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.