

CÓMO APLICAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas instrucciones para ayudarle a llenar la solicitud para comidas gratis o a precio reducido. Sólo tiene que entregar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en Spring Branch ISD. La solicitud debe ser llenada completamente para certificar a sus niños para comidas escolares gratis o a precios reducidos. Por favor, siga estas instrucciones en orden! Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos en su aplicación. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, póngase en contacto con School Nutrition Services, 713-251-1150 or sns@springbranchisd.com.

POR FAVOR USE UNA PLUMA (NO LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD HAGA TODO LO POSIBLE DE ESCRIBIR CLARAMENTE.

PASO 1: LISTA TODOS LOS NIÑOS DE SU HOGAR.

Díganos cuantos niños viven en su hogar. Ellos NO tienen que ser familiares suyos para ser parte de su hogar. Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte un segundo pedazo de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.

¿A quién debería incluir aquí? Al llenar esta sección, por favor incluya **TODOS** los miembros del hogar que son:

- Los niños mayores de 18 años o menores y son compatibles con los ingresos del hogar;
- En su cuidado bajo un acuerdo de crianza o calificar como niño sin hogar, fugitivo, o Head Start.

- Escribir el número de cada estudiante con su ID del distrito si esta disponible.
- Escribir el nombre de cada niño. Utilice una línea de la aplicación para cada niño. Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte un segundo pedazo de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.
- Escribir la fecha de cumpleaños.
- Marque Si o No para indicar si el niño es estudiante de Spring Branch ISD.
- Escribir la escuela de estudiante si esta enrolado en Spring Branch ISD.
- Indique si hay niños sin hogar, emigrante, fugitivo, o Head Start? Si usted cree que cualquier niño que aparece en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla correspondiente al lado del nombre del niño y completar todas las etapas de la aplicación.

¿Tiene algún/a hijos de crianza? Si los niños que figuran son hijos de crianza, marque la casilla de "Foster Child" junto al nombre del niño. Si **SOLAMENTE** está solicitando para los niños de crianza, después de terminar el Paso 1, vaya al Paso 4. Los niños de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben ser enumeradas en su solicitud. Si usted está solicitando tanto de crianza y no hijos de crianza, vaya al Paso 3.

PASO 2: HAY ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR (INCLUIDO USTED) QUE PARTICIPA ACTUALMENTE EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: PROGRAMA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVACIONES INDÍGENAS (FDPIR)?

- SI NADIE EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS DE ANTES MENCIONADOS: Círcule 'NO' y vaya al PASO 3 de estas instrucciones y PASO 3 en su solicitud.
- SI ALGUIEN EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS DE ARRIBA MENCIONADOS: Círcule 'SÍ' y proporcione el Número del Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG). Sólo tiene que escribir un número de EDG. Si usted participa en uno de estos programas y no sabe su número de EDG, contacte <https://texas-benefits.org>. Debe proporcionar un número de EDG en su solicitud si círculo "Sí". Vaya al paso 4.

PASO 3: INFORME DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR.

- REPORTE TOTAL DEL HOGAR. Escriba el número total de miembros del hogar en el campo "Tamaño Total del Hogar (Niños y Adultos)." Este número debe ser igual al número de miembros del hogar que figuran en el PASO 3. Si hay algún miembro de su hogar que no se ha incluido en la solicitud, vuelva atrás y añádalos. Es muy importante hacer una lista de todos los miembros del hogar, según el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratis o a precio reducido.
- PROPORCIONE LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL. El proveedor principal del hogar u otro miembro adulto de la familia debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en el espacio correspondiente. Usted es elegible para solicitar los beneficios, incluso si usted no tiene un número de Seguro Social. Si ninguno de los miembros adultos del hogar tienen un número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marcar la casilla a la derecha con la etiqueta "Marque si no tiene SSN."
- INCLUYA CADA MIEMBRO DEL HOGAR que están viviendo con usted y los ingresos y los gastos de acción, incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios.
 - No incluir a las personas que viven con usted, que no se mantienen con los ingresos de su hogar y no contribuyen con ingresos a su hogar.
- REPORTE TOTAL DE INGRESOS. Para cada miembro del hogar enumerado para cada fuente proporcionada. Reporte todo el ingreso en dólares enteros. No incluya centavos. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja cualquier campo de ingreso en blanco, usted está certificando (promete) que no hay ingresos para reportar.
 - Reporte todas las cantidades en el INGRESO BRUTO SOLAMENTE. El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos; muchas personas piensan de ingresos como la cantidad que "llevar a casa" y no el total, cantidad "bruta". Asegúrese de que los ingresos que reporta en esta solicitud no se ha reducido para pagar impuestos, primas de seguros, o de cualesquiera otras cantidades tomadas de su pago.
 - ¿Qué pasa si soy propietario de un negocio? Si usted trabaja por cuenta propia, reporte los ingresos de ese trabajo en forma de su ingreso neto. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su negocio de sus ingresos brutos o ingresos.
- REPORTE INGRESO TOTAL DE NIÑOS. Por Favor liste ingresos total de niños.

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO.

Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto de la familia. Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar está prometiendo que toda la información es verdadera y reportada completamente. Antes de completar esta sección, por favor, también asegúrese de haber leído las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en la parte inferior de estas instrucciones.

- SUS DATOS DE CONTACTO. Escriba su dirección actual en los campos correspondientes si esta información está disponible. Si no tiene dirección permanente, esto no significa que sus hijos no califican para comidas gratis o a precio reducido. Proveer un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o ambos es opcional, pero nos ayuda a alcanzarlo rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.
- ESCRIBA Y FIRME SU NOMBRE. Escriba su nombre en el cuadro "Nombre impreso del adulto completando el formulario." Y firme su nombre en el cuadro "Firma del adulto completando el formulario."
- ESCRIBA LA FECHA DE HOY. En el siguiente espacio, escriba la fecha de hoy en el cuadro.
- PROVEA LA IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL). En la parte inferior de la aplicación, le pedimos que provea información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precios reducidos escolares.

Las pautas de elegibilidad de ingresos (derecha) se basan en el 130 % (gratis) y el 185 % (reducido) de las pautas federales de pobreza y son efectivo del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.

Family Size	Annually		Monthly		Twice per Month		Every Two Weeks		Weekly	
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$14,579	\$17,244	\$1,215	\$1,437	\$608	\$719	\$1,215	\$1,437	\$1,215	\$1,437
2	\$19,744	\$23,272	\$1,645	\$1,939	\$823	\$980	\$1,645	\$1,939	\$1,645	\$1,939
3	\$25,009	\$29,760	\$2,075	\$2,482	\$1,038	\$1,240	\$2,075	\$2,482	\$2,075	\$2,482
4	\$30,274	\$36,248	\$2,505	\$3,016	\$1,253	\$1,504	\$2,505	\$3,016	\$2,505	\$3,016
5	\$35,539	\$42,736	\$2,935	\$3,519	\$1,468	\$1,756	\$2,935	\$3,519	\$2,935	\$3,519
6	\$40,804	\$49,224	\$3,365	\$4,022	\$1,683	\$2,008	\$3,365	\$4,022	\$3,365	\$4,022
7	\$46,069	\$55,712	\$3,795	\$4,525	\$1,898	\$2,260	\$3,795	\$4,525	\$3,795	\$4,525
8	\$51,334	\$62,200	\$4,225	\$5,028	\$2,113	\$2,512	\$4,225	\$5,028	\$4,225	\$5,028
9	\$56,599	\$68,688	\$4,655	\$5,531	\$2,328	\$2,764	\$4,655	\$5,531	\$4,655	\$5,531
10	\$61,864	\$75,176	\$5,085	\$6,034	\$2,543	\$3,016	\$5,085	\$6,034	\$5,085	\$6,034

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 correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar que son infantes y estudiantes hasta el Grado 12

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (opcional)	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Escuela	Adoptivo	Sin Hogar, Migrantes, Fugitivo	Head Start
					Y	N				
					Y	N		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Y	N		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Y	N		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Y	N		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Sí / No

Si respondió **NO** > Complete el PASO 3. Si respondió **SI** > Escriba un Número de Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG) luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De EDG:

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Por favor, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratis Precio Reducido** para más información. Las "fuentes de ingresos para los niños" sección le ayudarán con la cuestión de Ingresos del niño. Las "fuentes de ingresos para adultos" sección le ayudarán con la sección de los miembros del hogar Todo adulto.

Total de miembros en el hogar

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** - ** -

Marque si no tiene SSN

A. Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1 (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Adultos (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?					Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?					Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?				
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A

Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual, **A** = Anual

Ingresos Niño

Frecuencia?

W E T M A

B. A veces los niños en el hogar ganar o recibir ingresos. Por favor, incluya el ingreso total recibido por todos los niños del hogar que figuran en el Paso 1 aquí.

W E T M A

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que llene este formulario

Fecha de Hoy

X

M M D D Y Y

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

T X

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno):

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Afroamericano
 Asiático Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico Blanco



5592