

Date Withdrew _____

F _____ R _____ D _____

2024-2025 Solicitud de Comidas Escolares/Leche Gratis y a Precio Reducido

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones en la parte posterior, complete **solo un** formulario para su hogar, firme con su nombre y **devuélvalo a la dirección que se indica a continuación**. Llame al **516-292-3696** si necesita ayuda. Es posible que se anoten nombres adicionales en un documento separado.

Devuelva las solicitudes completadas a: SU HIJO/A ESCUELA DE LOS HIJOS NORTE DE MERRICK, NY 11566

1. Haga una lista de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor	Niño de acogida	Vagabundo, Migrante, Fugitivo
			<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. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, anote su nombre y CASO # aquí. **Vaya a la Parte 4 y firme la solicitud.**

Nombre: _____ CASO #: _____

3. Declare todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si completó el paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyéndolo a usted y a todos los niños que tienen ingresos).

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el Paso 1 (incluyéndolo a usted mismo), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente solo en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ninguna otra fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre del miembro del hogar	Rendimientos del trabajo Antes de las deducciones <i>Cantidad / Con qué frecuencia</i>	Manutención de los hijos, pensión alimenticia <i>Cantidad / Con qué frecuencia</i>	Pensiones, Jubilación Pagos <i>Cantidad / Con qué frecuencia</i>	Otros Ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad / Con qué frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

*Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX- _____

No tengo una SS#

*Al completar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SS#) o marcar la casilla "No tengo un SS#" antes de que se pueda aprobar la solicitud.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información se está dando para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si doy información falsa a propósito, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección: _____

5. La etnia y la raza son opcionales; Responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Origen étnico: Hispanos o latinos Ni hispanos ni latinos

Raza (marque uno o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA, SOLO PARA USO ESCOLAR

Conversión de Ingresos Anuales (Solo convierta cuando se informan múltiples frecuencias de ingresos en la solicitud)
Semanal X 52; cada dos semanas (quincenalmente) x 26; dos veces al mes x 24; Mensual X 12

- SNAP/TANF/Foster
- Ingresos Hogar: Ingreso total del hogar/Frecuencia: _____ / _____ Tamaño del hogar: _____
- Comidas Gratis Comidas a precio reducido Denegado/Pagado

Firma de la Notificación de Revisión Oficial _____ Fecha de Envío: _____

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a la escuela de su hijo/a. Si tiene un niño de crianza temporal en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda: 516-292-3696. Asegúrese de que se proporciona toda la información. Si no lo hace, puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o una demora innecesaria en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

(1) Escriba los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para los que está solicitando en una solicitud.

(2) Anota su grado y escuela.

(3) Marque la casilla para indicar un niño de crianza temporal que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de sin hogar, migrante, fugitivo

(El personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

(1) Indique un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar.

El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.

(2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. SÁLTATE LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si indica un número de caso de SNAP, TANF o FDPIR.

PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4.

(1) Escriba los nombres de todas las personas de su hogar, ya sea que tengan ingresos o no. Inclúyase a sí mismo, a los hijos que está solicitando, a todos los demás hijos, a su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas **en su hogar**. Usa otro pedazo de papel si necesitas más espacio.

(2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de deducir impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde provienen, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron más o menos de lo habitual, anota los ingresos habituales de esa persona. **Especifique la frecuencia con la que se recibe este monto de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente. Si no tiene ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos para dicho cuidado bajo los Programas de Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Cuidado Infantil en Riesgo **no deben** considerarse como ingresos para este programa.

(3) Ingrese el número total de miembros del hogar en el cuadro provisto. Este número debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar los miembros enumerados en la PARTE 1 y la PARTE 3.

(4) La solicitud debe incluir solo los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma la **PARTE 4** si se completa la Parte 3. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla. **Si anotó un número de SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario un número de seguro social.**

(5) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los funcionarios del programa necesitan información de su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito antes de que se divulgue cualquier información. Consulte la Carta de Divulgación y la Declaración de Consentimiento para padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

DECLARACIÓN DE USO DE LA INFORMACIÓN

Declaración de uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, 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 asalariado principal u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando usted presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o cuando indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el 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. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir 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.

QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), 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 en represalia o venganza por actividades previas 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 sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con 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.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un 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>, 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 del demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe ser presentado al USDA por:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Secretario Adjunto 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.

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, preste mucha atención a estos consejos útiles.

Número de caso SNAP/TANF/FDPIR: Este debe ser el número de caso válido completo que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456 o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte una carta que recibió de su Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtener su número.

Niño de crianza: Un niño que vive con una familia pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de asistencia social o del tribunal puede figurar en su solicitud familiar. Enumere los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solo aquellos fondos proporcionados por la agencia que se identifican para el uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentación y atención, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de acogida. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos de uso personal.

Hogar: Un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros adultos de la familia: Todas las personas relacionadas y no relacionadas que tengan 21 años de edad o más y que vivan en su casa.

Financieramente Independiente: Una persona es financieramente independiente y una unidad económica/hogar separada cuando sus ganancias y gastos no son compartidos por la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en una misma residencia se caracterizan por el prorrateo de los gastos y por la independencia económica entre sí.

Ingreso Bruto Actual: Dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de las deducciones. Ejemplos de deducciones son los impuestos federales, los impuestos estatales y las deducciones del Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe anotar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etcétera), debe enumerar los ingresos de todas las fuentes. Solo los agricultores, trabajadores autónomos, trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden usar sus ingresos de los últimos 12 meses informados en sus formularios de impuestos 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingresos netos de la granja: ventas brutas menos gastos solamente, no pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- Compensación por desempleo
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor de SNAP)
- Pagos de Asistencia Pública
- Asistencia para la adopción
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o beneficios del Seguro Social para sobrevivientes
- Pagos de pensión alimenticia o manutención de los hijos
- Beneficios por discapacidad, incluida la compensación laboral
- Beneficios de subsistencia para veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Dinero en efectivo retirado de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar las comidas de un niño
- Otros ingresos en efectivo

Exclusiones de ingresos: El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso de los costos incurridos para dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo del Cuidado Infantil (Subvención en Bloque) no debe considerarse como ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

Nombre: Ali Ellensohn
Título: Oficial Revisor/Verificador
Número de teléfono: 516-292-3696