

Fecha retirado _____

F ____ R ____ D ____

2024-2025 Solicitud para comidas/leche gratuitas y a precio reducido en la escuela

Para solicitar comidas gratuitas y a precio reducido para sus niños, lea las instrucciones al dorso, complete **solo un** formulario para su hogar, firme con su nombre y **devuelva a la dirección que figura a continuación**. Llame al 631-224-2021, si necesita ayuda. Puede incluir nombres adicionales en un papel aparte.

Devuelva la solicitud completada a: **East Islip UFSD
Business Office
1 Craig B. Gariepy Avenue
Islip Terrace, NY 11752**

1. Indique todos los niños en su hogar que asisten a la escuela.

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Niño de crianza temporal	Sin hogar, migrante, escapado
			<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 ya sea de SNAP, TANF o FDPIR, indique el nombre y No. de CASO aquí. **Salte hasta la Parte 4 y firme la solicitud.**

Nombre: _____ No. de CASO: _____

3. Reporte todos los ingresos de TODOS los miembros de la familia (Salte este paso si completó el paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluido usted mismo y todos los niños que reciben ingresos).

Indique todos los miembros del hogar que no figuran en Paso 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar indicado, si reciben ingresos, reporte el ingreso total de cada fuente solo en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ninguna otra fuente, escriba '0 o deje los campos en blanco, usted está certificando (jurando) que no hay ingresos a declarar.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos de trabajo antes de las deducciones		Manutención infantil, Pensión alimentaria		Pensiones, pagos de jubilación		Otro ingreso, Seguro Social		No ingresos
	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>

Número total de miembros del hogar (niños y adultos): ____

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

No tengo Número de Seguro Social

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

4. Firme: Un adulto miembro del hogar debe firmar esta solicitud antes de que se pueda aprobar.

Certifico (juro) de que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la información se brinda para que la escuela pueda obtener 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 niños pueden perder los beneficios de las comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

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

5. La etnicidad y raza son opcionales; responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus niños para comidas gratuitas o precio reducido.

Etnicidad: Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marcar una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afro americano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA – ES SOLO PARA EL USO DE LA ESCUELA

Conversión de ingresos anuales (Solo convertir cuando se reportan múltiples frecuencias de ingresos en la solicitud)
Semanal x 52; cada dos semanas (quincenal) x 26; dos veces al mes x 24; mensual x 12

SNAP / TANF / Crianza temporal
 Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar / frecuencia: _____ Número de miembros del hogar : _____

Comidas gratuitas Comidas a precio reducido Denegado / Pagado
Firma del funcionario revisor, _____ Fecha de envío del aviso: _____

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas y a precio reducido, complete solo una aplicación para su hogar utilizando las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a East Islip UFSD 1 Craig B. Garipey Avenue, Islip Terrace, NY 11752. 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: 631-224-2021. Asegúrese de incluir toda la información. La falta de información podría ocasionar la negación de beneficios a su niño o retrasos innecesarios en la aprobación su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES. NO LLENAR MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba el nombre de los niños, incluido los niños de crianza temporal, para quienes está aplicando en una sola solicitud.
- (2) Indique el grado y escuela de cada niño.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño de crianza temporal que vive en su hogar, o si cree que otro niño satisface la descripción de persona sin hogar, migrante, escapado (un funcionario de la escuela confirmar esta elegibilidad).

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

- (1) Indique el número de caso de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos a Reservaciones Indígenas) de cualquier persona que vive en su hogar. El número de caso aparece en la carta de beneficios.
- (2) Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. SALTAR LA PARTE 3. No necesita indicar los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si usted indica un número de caso de TANF o FDPIR.

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

- (1) Escriba el nombre de todos en su hogar, ya sea que reciban o no un ingreso. Inclúyase usted mismo, los niños por los cuales está aplicando, todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y otros parientes y no parientes en **su hogar**. Use otro papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba el monto del ingreso actual que cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o cualquier otra deducción e indicar el origen, por ejemplo si son salarios, beneficios sociales, pensiones y otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron más o menos que lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique la frecuencia con que se recibe ese monto de ingreso: semanal, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensual. Si no se recibe ingreso, marque la casilla.** El monto de todo cuidado infantil brindado u organizado, o cualquier cantidad recibida como pago de cuidado infantil o reembolso por costos incurridos pare ese cuidado bajo el Subsidio en Bloque de Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y programas de Cuidado Infantil de Niños en Riesgo NO deben considerarse como ingresos para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en la casilla proporcionada. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar a los miembros listados en la PARTE 1 y 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 completó la Parte 3. Si el adulto no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla. **Si ingresó un número de SNAP, TANF o FDPIR, no se necesita un número de Seguro Social.**
- (5) **Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.**

OTROS BENEFICIOS: Su niño puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su niño es elegible, los funcionarios del programa necesitan información de su solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido. Su consentimiento por escrito es requerido antes de que cualquier información sea liberada. Consulte la Carta de Liberación y Declaración de Consentimiento para información sobre otros beneficios.

DECLARACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

Declaración de Uso de Información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares de Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no entrega toda la información necesaria, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del principal asalariado u otro adulto miembro del hogar que firma la solicitud. El número del Seguro Social no se necesita cuando aplica en beneficio de un niño de crianza temporal o si usted proporciona un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su niño o cuando usted indica que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas y a precio reducido y para la administración y aplicación del programa de almuerzos y desayunos.

Podemos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, ayudar a auditores a revisar los programas, y a funcionarios de aplicación de la ley para investigar infracciones de las normas de los programas.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con ley federal de derechos civiles y las regulaciones de derechos civiles y políticas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, incluida la identidad y la orientación de género, discapacidad, edad, o represalias por acciones de derechos civiles previas.

La información del programa puede estar disponible en idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas estadounidense), deben contactar a la agencia estatal o local responsable que administra el programa o al Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar al USDA a través de Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que se puede obtener en línea al <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 del denunciante, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) acerca de la naturaleza y fecha de la presunta infracción de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser enviados al al 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

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.