

Fecha de retiro _____

F _____ R _____ D _____

2024-2025 Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones al dorso, complete **solo un** formulario para su hogar, firme con su nombre y **devuélvalo a la dirección que figura a continuación**. Llame al 914-738-9140 extensión 1144, si necesitas ayuda. Es posible que se incluyan nombres adicionales en un documento aparte.

Devuelva las solicitudes completadas a: **PUFSD Business Office, Attn: Child Nutrition, 575 Colonial Ave, Pelham NY 10803**

1. Enumere todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Profesor grado	Hijo adoptivo	Migrante sin hogar, 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 SNAP/TANF/FDPIR:

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

Nombre: _____ CASO #: _____

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

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

Enumere todos los miembros del hogar que no figuran en el Paso 1 (incluido usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente únicamente 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	Ganancias 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, Seguro 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- _____

I do not have a 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 se declaran todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona para que la escuela obtenga fondos federales; Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si doy información falsa intencionalmente, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comidas

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de casa: _____

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

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

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

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster
 Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a la Oficina Comercial de PUFSD, a la atención de: Child Nutrition, 575 Colonial Ave, Pelham, NY 10803. Si tiene un niño de crianza en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda: 914-738-9140, x1144. Asegúrese de que se proporcione toda la información. No hacerlo puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o en 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) Imprima los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para quienes está solicitando en una solicitud.
- (2) Indique su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño de crianza que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de desamparado, migrante o fugitivo. (Un 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 indias) 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. SALTE LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si incluye un número de caso 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 en su hogar, tengan o no ingresos. Inclúyase usted mismo, los hijos para los que está solicitando, todos los demás hijos, su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas **en su hogar**. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de descontar impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ingresos, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue mayor o menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe este monto de ingreso: 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 organizado, o cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado infantil o reembolso de los costos incurridos por dicho cuidado bajo la Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y los Programas de 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 del hogar y debe reflejar los miembros enumerados en la PARTE 1 y la PARTE 3.
- (4) La solicitud debe incluir únicamente 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 indicó un número 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 gratis o a precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito antes de que se pueda divulgar cualquier información. Consulte la carta de divulgación y la declaración de consentimiento de los padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaración de uso de información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podremos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indique 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 gratis 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 los 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 represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), 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 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 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>, 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 del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **correo:**
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. 1400 Independence Avenue, Washington, DC 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 PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

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

Número de caso SNAP/TANF/FDPIR: este debe ser el número de caso completo y válido que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se utilice en su condado. Consulte la 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 bienestar social o del tribunal puede figurar en su solicitud familiar. Enumere los ingresos de “uso personal” del niño. Esto incluye sólo aquellos fondos proporcionados por la agencia que están identificados 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 cuidado, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza. Escriba “0” si el niño no tiene ingresos para 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 vivan en su casa.

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

Ingreso Bruto Actual: Dinero ganado o recibido actualmente 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 enumerar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc.), debe enumerar los ingresos de todas las fuentes. Sólo los agricultores, los trabajadores autónomos, los trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden utilizar sus ingresos de los últimos 12 meses declarados en sus formularios de impuestos 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingresos agrícolas netos – 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 del SNAP)
- Pagos de asistencia pública
- Asistencia de adopción
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Beneficios de Sobreviviente del Seguro Social
- Pagos de pensión alimenticia o manutención infantil
- Beneficios por incapacidad, incluida la compensación laboral
- Beneficios de subsistencia para veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- 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 organizado, o cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por 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 la Oficina Comercial de las Escuelas Públicas de Pelham al 914-738-9140, extensión 1144.