

Fecha de retirada _____

F _____ R _____ D _____

Solicitud de 2024-2025 para obtener el beneficio de comidas o leche escolares gratuitas o a precio reducido

A fin de solicitar comidas gratuitas y a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones al dorso, complete **solo un** formulario para su hogar, firme con su nombre y **envíelo a la dirección que se indica a continuación**. Si necesita ayuda, llame al **(phone number)**. Puede agregar nombres adicionales en una hoja separada.

**Envíe las solicitudes completadas a: Seaford Harbor Elementary School
3500 Bayview Street
Seaford, NY 11783**

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

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/maestro	Hijo adoptivo	Persona sin hogar, 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"/>

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP), la Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR), indique su nombre y n.º de CASO aquí. **Vaya a la Parte 4 y firme la solicitud.**

Nombre: _____ N.º DE CASO: _____

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

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

Enumere a todos los miembros del hogar que no figuren en el Paso 1 (incluido usted), **incluso si no tienen ingresos**. Si los miembros del hogar mencionados tienen ingresos, informe en cifras enteras en dólares el monto total de cada fuente. Si no tienen ingresos de ninguna otra fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no tiene ingresos que informar.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos del trabajo antes de las deducciones <i>Monto/frecuencia</i>	Manutención infantil, pensión alimenticia <i>Monto/frecuencia</i>	Pensiones, pagos de jubilación <i>Monto/frecuencia</i>	Otro ingreso, Seguro Social <i>Monto/frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Cantidad total de miembros del hogar (niños y adultos)

* Últimos cuatro dígitos de su n.º de Seguro Social: XXX-XX-__ __

No tengo n.º de SS.

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

4. Firma: antes de que se pueda aprobar la solicitud, un miembro adulto de su hogar debe firmarla.

Certifico (prometo) que toda la información en la presente solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que proporciono esta información para que la escuela reciba fondos federales. Las autoridades escolares pueden verificar la información y, si doy información falsa de forma intencional, puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono laboral: _____ Dirección del hogar: _____

5. Indicar el origen étnico y racial es opcional y, en caso de que desee responder esta sección, su respuesta no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Etnia: 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 u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SOLO PARA USO ESCOLAR

**Conversión de ingresos anuales (solo convierta cuando en la solicitud se informen múltiples frecuencias de ingresos).
Semanalmente X 52; cada dos semanas (quincenalmente) X 26; dos veces al mes X 24; mensualmente X 12**

SNAP/TANF/Hijo adoptivo

Ingresos del hogar: Ingreso total del hogar/frecuencia: _____ / _____ Tamaño del hogar: _____

Comidas gratis Comidas a precio reducido Denegadas/pagadas

Firma de la autoridad que lo revisa: _____ Fecha de envío del aviso: _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

A fin de solicitar comidas gratuitas y a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar y siga las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y envíela a _____. Si tiene hijos adoptivos en su hogar, puede incluirlos en su solicitud. No necesita completar una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____. Asegúrese de brindar toda la información que se le pide. Si no lo hace, es posible que sus hijos no reciban los beneficios o que la aprobación de la solicitud tarde más de lo habitual.

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

- (1) En una solicitud, escriba en letra de imprenta los nombres de sus hijos, incluidos los hijos adoptivos, para los que solicita los beneficios.
- (2) Indique el grado y la escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar que un niño adoptivo vive en su hogar o si cree que algún niño cumple con la descripción de persona sin hogar, migrante, fugitivo (un miembro de la escuela confirmará la elegibilidad).

PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBAN LOS BENEFICIOS DEL SNAP, LA TANF O EL FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique un número de caso actual del SNAP, la TANF o el FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar.
El número de caso figura en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. OMITA LA PARTE 3. No indique los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si proporciona un número de caso del SNAP, o un número de 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 que viven en su hogar, tengan o no ingresos. También inclúyase usted, los hijos para los que completa la solicitud, todos los demás hijos, su cónyuge, los abuelos y otras personas de su hogar, sean familiares o no. Utilice otra hoja si necesita más espacio.
- (2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de deducir impuestos o cualquier otra deducción. También, indique de dónde provienen, por ejemplo, salarios, 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 la frecuencia con la que recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenalmente), 2 veces al mes, mensualmente. Si no recibe ingresos, marque la casilla. No se deben considerar como ingresos para este programa los siguientes montos: el valor de cualquier cuidado infantil que se haya brindado o establecido, ningún monto recibido como pago por dicho cuidado infantil ni un reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado según la Child Care and Development Block Grant (Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil), la TANF y los programas de At Risk Child Care (Cuidado de Niños en Riesgo).**
- (3) Escriba la cantidad total de miembros del hogar en la casilla proporcionada. Esta cantidad debe incluir a todos los adultos y niños del hogar y coincidir con 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 la Parte 3 está completa. Si el adulto no tiene número de Seguro Social, marque la casilla. **Si brindó el número del SNAP, la TANF o el FDPIR, no es necesario el 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 recibir los beneficios que brinda Medicaid o el Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico para Niños, CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los responsables del programa necesitan información de su solicitud de comidas gratuitas y a precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito para divulgar cualquier información. Consulte la Carta de divulgación y la Declaración de consentimiento parental 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 está obligado a brindar la información, pero si no envía todos los datos necesarios, no podemos aprobar la solicitud para que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que recibe los ingresos principales u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario cuando presenta una solicitud en nombre de un hijo adoptivo o proporciona el número de caso de los siguientes programas: el SNAP, la TANF o el FDPIR, u otro identificador del FDPIR para sus hijos. Tampoco es necesario cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para administrar y cumplir los programas de desayuno y almuerzo. Podemos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas. También la podemos compartir con auditores que revisan los programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a que investiguen las infracciones de las normas de los programas.

QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

Conforme a las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los EE. UU., USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (que incluye identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad, o llevar a cabo actos de represalia por una actividad anterior vinculada a los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Señas Americana) 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 mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación por parte del programa, la persona que presenta la queja debe completar el Formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja del USDA por discriminación por parte del programa), 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 incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que presenta la queja, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficientes detalles para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta infracción de los derechos civiles. El Formulario AD-3027 completado o la carta debe enviarse al USDA por los siguientes medios:

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| 1. correo: | 2. fax: | 3. correo electrónico: |
| U.S. Department of Agriculture | (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o | program.intake@usda.gov |
| Office of the Assistant Secretary for Civil Rights | | |
| 1400 Independence Avenue, SW | | |
| Washington, D.C. 20250-9410; o | | |

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HOJA INFORMATIVA SOBRE LA SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

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

Número de caso de SNAP/TANF/FDPIR: debe ser el número de caso válido completo que le haya proporcionado la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se utilice en su condado. Consulte la carta que le envió el Departamento de Servicios Sociales local para saber cuál es su número de caso o comuníquese con ellos para obtener este número.

Hijo adoptivo: un menor que vive con una familia, pero que está bajo custodia legal de la agencia de bienestar o del tribunal, puede figurar en la solicitud de la familia. Anote los ingresos para "uso personal" del menor. Esto incluye únicamente los fondos proporcionados por la agencia que se identifiquen para el uso personal del menor, como las asignaciones para gastos personales, el dinero que recibe su familia o de un empleo. Los fondos proporcionados para la vivienda, la alimentación y el cuidado, y las necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el menor. Escriba "0" si el menor no tiene ingresos para uso personal.

Hogar: grupo de personas con o sin parentesco que viven en una misma casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros adultos de la familia: todas las personas con y sin parentesco que tengan 21 años o más y que vivan en la casa.

Económicamente independiente: una persona es económicamente independiente y constituye una unidad económica/un hogar aparte cuando sus ingresos y gastos no se comparten con la familia. Las unidades económicas separadas en la misma residencia se caracterizan por el reparto de los gastos y por la independencia económica entre ellas.

Ingresos brutos actuales: dinero que gana o recibe cada miembro de la familia en la actualidad antes de las deducciones. Algunos ejemplos de deducciones incluyen los impuestos federales, los impuestos estatales y aquellas del Seguro Social. Si tiene más de un empleo, debe indicar los ingresos de todos estos. Si recibe ingresos de más de una fuente (sueldo, pensión alimenticia, manutención infantil, etc.), debe indicar los ingresos de todas las fuentes. Solamente los agricultores, los trabajadores autónomos, los trabajadores migrantes y otros empleados de temporada pueden utilizar los ingresos de los últimos 12 meses indicados en el Formulario de Impuestos 1040.

Algunos ejemplos de ingresos brutos:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del empleo autónomo
- Ingresos netos de la explotación (solo las ventas brutas menos los gastos), sin las pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos por jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- Indemnización por desempleo
- Ayudas sociales (sin incluir el valor del SNAP)
- Pagos de asistencia pública
- Asistencia por adopción
- Supplemental Security Income (Ingreso de Seguridad Suplementario, SSI) o beneficios de supervivencia del Seguro Social
- Pagos de pensiones alimenticias o de manutención infantil
- Beneficios por discapacidad, incluida la indemnización por accidente de trabajo
- Beneficios de subsistencia para veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Efectivo obtenido de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos disponibles para pagar las comidas del menor
- Otros ingresos en efectivo

Exclusiones de ingresos: no se deben considerar como ingresos para este programa el valor de cualquier cuidado infantil que se haya brindado o establecido, ningún monto recibido como pago por dicho cuidado infantil ni un reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado según el Child Care and Development (Block Grant) Fund (Fondo de Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil).

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese al siguiente número:

Nombre: _____ Cargo: _____

Número de teléfono: _____