

Apoye la escuela de su hijo al completar el Formulario de Ingresos del Hogar

Instrucciones Paso a Paso

Aunque ahora todos los estudiantes de su escuela pueden recibir comidas escolares sin costo, sigue siendo importante completar el formulario de Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido y la Encuesta de Datos Económicos Familiares. Este formulario puede ayudar a que su escuela califique para recibir fondos para apoyar a los estudiantes. Y a que algunos califiquen para otros beneficios, como la exención de ciertas tarifas escolares.

Estas instrucciones le guiarán a través de los pasos en el formulario, titulado Comidas Escolares Gratuitas/a Precio Reducido y Datos Económicos Familiares. Complete solo una solicitud por hogar. Utilice un lapicero negro o azul para rellenar la solicitud; no un lápiz.

PASO 1 Listar los estudiantes elegibles

- Ingrese los nombres y apellidos de todos los estudiantes en su hogar. Es opcional proporcionar su fecha de nacimiento y el grado en que están. Si necesita espacio para más estudiantes, use una hoja de papel adicional y adjúntela a la solicitud.
- Marque la casilla correspondiente para cualquier menor en acogida, fugitivo, sin hogar y/o estudiante migrante, o deje en blanco.
- Si recibe beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF/Colorado Works) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), indique los números de su caso. No incluya el número de su tarjeta o cuenta. **Si ingresa un número de caso para cualquiera de estos beneficios, vaya al PASO 3 (omite el PASO 2). Si no recibe beneficios de estos programas, deje en blanco la sección del número de caso y continúe con el PASO 2.**

PASO 2 Informar todos los ingresos del hogar (estudiantiles y de adultos)

Para completar esta sección, será útil tener disponible la siguiente información:

- Declaraciones de ganancias o comprobantes de pago de salario
- Declaraciones de beneficios como Seguro Social o cuentas de jubilación
- Otros documentos financieros correspondientes a otras fuentes de ingresos

Enumere a todos los miembros adultos del hogar (incluyéndose a usted mismo) y sus ingresos. Si un adulto no tiene ningún ingreso, ingrese '0'. **Además, incluya nuevamente en esta sección a cualquier estudiante que reciba ingresos.** Informe el ingreso bruto (ingreso total antes de impuestos y deducciones). *Para ver ejemplos de los tipos de ingresos a incluirse en cada una de estas categorías, consulte el final de estas instrucciones.instructions.*

Tipos de ingresos para incluir:

- 1. Ganancias laborales:** Informe los ingresos brutos totales del periodo seleccionado, no el salario por hora. Los ingresos brutos son los ingresos totales antes de restar los impuestos y otras deducciones, como las primas del seguro médico. Por ejemplo, si le pagan \$500 brutos cada quincena (es decir, cada dos semanas), escriba \$500 en el campo de ingresos y marque la casilla quincenal. Si, por lo general, no le pagan horas extras, no lo informe.
- 2. Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimentaria:** Indique el monto total que cada persona recibe por manutención infantil, pensión alimentaria o programas de asistencia pública, que no sean SNAP, TANF/Colorado Works o FDIPIR. Por ejemplo, si recibe \$500 mensuales por manutención infantil, escriba \$500 en el campo y marque la casilla mensual.
- 3. Pensiones/jubilación/todo ingreso extra:** Informe los ingresos netos de un negocio propio, una granja o ingresos por alquileres. Informe los ingresos brutos por concepto de ingresos de pensión o jubilación. Junto a los montos, marque con qué frecuencia se reciben. No incluya ningún subsidio de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares (Military Housing Privatization Initiative).

Enumere el total de miembros del hogar. Sume todos los estudiantes que incluyó en el **PASO 1** más todos los adultos que incluyó en el **PASO 2** y escriba ese número en el espacio de "Número Total de Miembros del Hogar".

Proporcione los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social o marque la casilla para indicar que no tiene uno. Esta información no se comparte con nadie. No es necesario proporcionar un Número de Seguro Social si solo está solicitando beneficios de EBT de verano o si todos sus hijos asisten a una escuela cubierta por la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP). Si no está seguro(a) de si su escuela es una escuela CEP, simplemente pregunte.

PASO 3 Firmar y proporcionar la información de contacto

Firme la solicitud, escriba su nombre y apellido y la fecha. Proporcione su información de contacto, si desea recibir notificaciones de elegibilidad. (Esto es opcional). La dirección postal que proporcione se usará para enviar una tarjeta EBT de verano a las familias que califiquen. Si planea mudarse, o se ha mudado recientemente, solicite los beneficios de EBT de verano en el estado donde su(s) hijo(s) completarán el año escolar antes de las vacaciones de verano.

PASO 4 Divulgación de información

La información que proporcione en esta solicitud se utilizará en relación con los programas educativos estatales y podría compartirse con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children's Health Insurance Program, SCHIP). Si NO desea que su información sea compartida con Medicaid/SCHIP, marque esa casilla. Marque la casilla de "sí" si desea que su información sea compartida con otros programas para los cuales pueda calificar. Puede que le eximan de tarifas para ciertos exámenes o libros si califica.

Opcional: Proporcione la información relacionada con la etnia y raza de los estudiantes. Para la información racial, puede marcar más de una casilla.

¡Devuelva el formulario completo a su escuela o envíelo en línea, si su distrito escolar ofrece esa opción!

¿Qué tipos de ingresos deben declararse en el Paso 2? Vea los ejemplos a continuación.

Ejemplos de ingresos estudiantiles

- Pagos laborales
- Pagos del Seguro Social, discapacidad o sobrevivientes
- Cualquier otro tipo de ingreso que se reciba con regularidad

Pagos laborales

- Sueldos, salarios y propinas
- Prestaciones por huelga
- Compensación por desempleo
- Indemnización laboral
- Ingresos netos de un negocio propio o una granja

Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimentaria

- Pagos de asistencia pública
- Prestaciones sociales
- Pagos por pensión alimentaria
- Pagos por manutención infantil
- Beneficios del Seguro Social

Pensiones/jubilación/todo ingreso extra

- Pensiones
- Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income)
- Ingreso por jubilación
- Beneficios para veteranos
- Seguro Social
- Beneficios por discapacidad
- Retiros regulares de dinero de cuentas de ahorros
- Intereses y dividendos
- Ingresos por herencias, fideicomisos e inversiones
- Aportaciones periódicas de personas que no viven en el hogar
- Regalías netas, anualidades e ingresos por alquileres
- Cualquier otro ingreso que se reciba con regularidad (debe declararse ya sea reconocido o no a nivel federal)

20 Solicitud del hogar para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido

Complete solo una solicitud por hogar. Utilice un lapicero negro o azul para rellenar la solicitud (NO un lápiz). Vea las instrucciones paso a paso para obtener más información.

PASO 1: Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

| Nombre del estudiante | Inicial del segundo nombre | Apellido del estudiante | Fecha de nacimiento (mm/DD/YY) | | | Grado | Hogar de acogida temporal | Fugitivo | Sin hogar | Migrante |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Marque todo lo que corresponda. Consulte las instrucciones para obtener información sobre las categorías. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF/CO Works, o FDIPIR? Si la respuesta es **sí**, anote el número de caso y pase al PASO 3. Si la respuesta es **no**, pase al PASO 2.

Caso n.º

PASO 2: Reporte los ingresos de todos los miembros del hogar, incluidos los estudiantes.

Enumere a todos los adultos en su hogar. Informe sus **ingresos brutos totales**. Si un adulto no tiene ingresos, escriba cero (0). Añada a los estudiantes en su hogar que reciben ingresos. Consulte las instrucciones para más información.

| Nombres de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar | Ingresos por trabajo | Asistencia pública/Manutención infantil/ Pensión alimentaria | | | | | Pensiones/ Retiro/ Todos los ingresos adicionales | | | | | | | |
|---|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual | Anual | semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual | Anual | | | |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Número total de miembros del hogar (todos los niños y adultos que viven en su hogar)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social. No es necesario para EBT de verano

Marque la casilla si no tiene Número de Seguro Social

Paso 3: Firma e información de contacto

“Certifico que mis hijos no están recibiendo beneficios de EBT de Verano en otro estado u Organización Tribal Indígena. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de Fondos Federales, y que los Funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y Federales aplicables.”

Dirección de correo o apartado postal Ciudad Estado Código postal Dirección de correo electrónico

Teléfono fijo o móvil FIRMA de un miembro adulto del hogar (requerida)

Nombre y apellido en letra de imprenta de la persona que firma Fecha

Continúe en la página 2

Paso 4: Divulgación de información

Los detalles que proporciona en este formulario se utilizarán con programas educativos estatales y pueden compartirse con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children’s Health Insurance Program, SCHIP).

no comparta la información con Medicaid/SCHIP.

Comparta mi información con los siguientes programas que he indicado:

- Examen de Colocación Avanzada (*Advanced Placement, AP*) y/o tarifas de libros de AP
- Examen de Oportunidad de Colegio Acelerado y/o tarifas de libros

Ingrese la dirección de la escuela/distrito:

OPCIONAL: Identidades étnicas y raciales de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Responder es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitos o a precio reducido.

- Grupo étnico (marque uno):** Hispano o latino No hispano o latino
- Raza (marque una o más):** Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
- Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico Blanco

Declaración de Uso de Información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido o EBT de verano. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando solicita EBT de verano en nombre de un niño de acogida o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene 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 ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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:

(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 que ofrece igualdad de oportunidades.

DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per month x 24; Monthly x 12

Form Type

- Total Household Income: \$ _____ Household Size _____
- Household Income Frequency Weekly Every Two Weeks Twice a Month Monthly Annually
- Categorical Eligibility**
- SNAP FDPIR TANF Foster Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Form Status

- Approved Free Reduced
- Denied Over Income Guidelines Incomplete/Missing _____

Notes: _____

Determining Official Signature: _____ **Approval / Denial Date:** _____ **Notification Sent:** _____

Note: All types of income must be combined in total household income, not just earnings from work.

Peak to Peak Charter School
Anuncio de las comidas escolares gratuitas y a precio reducido
Información con otros programas
Año escolar 2024-2025

Estimado padre o tutor:

Si fue notificado de que su(s) estudiante(s) califica(n) para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela o el distrito escolar para eximirlo de ciertas tarifas de programas escolares o del distrito que, de otra manera, usted debería abonar. La escuela/el distrito no puede compartir su información sin su consentimiento. Usted no está obligado a autorizar la divulgación de su información; esto no afectará la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para recibir comidas escolares. No obstante, al compartir esta información, su familia podría calificar para la exención de ciertas tarifas de otros programas.

¡Sí! **QUIERO** que el personal de la escuela comparta mi información con **ATHLETICS & ACTIVITIES**.

¡Sí! **QUIERO** que el personal de la escuela comparta mi información con **FEES & TESTING**.

NO comparten mi información con ningún programa.

NO comparten mi información con las oficinas de Medicaid/SCHIP.

Si marcó alguno o todos los casilleros, complete la siguiente sección para asegurarse que su información sea compartida en nombre de todos los estudiantes de su hogar. Su información se compartirá solo con los programas que usted haya seleccionado.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección postal: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Elizabeth Begley** al **303-453-4782** o enviar un correo electrónico a **Elizabeth.Begley@BVSD.org**.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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:

(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 que ofrece igualdad de oportunidades.