

2024-2025 Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones en el reverso, complete **solo un** formulario para su hogar, firme su nombre y **devuélvalo a la dirección que se indica a continuación**. Llame al 516-364-5651 si necesita ayuda. Los nombres adicionales pueden aparecer en un documento separado.

**Devolver las solicitudes completadas a: DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SYOSSET, OFICINA DE NEGOCIOS
P.O. BOX 9029, SYOSSET, NY 11791**

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

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Niño 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 de SNAP/TANF/FDPIR:

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

Nombre: _____

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

Todos los miembros del hogar (incluyéndote a ti mismo y a todos los niños que tienen ingresos).

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el Paso 1 (incluyéndose a sí mismo), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso total de cada fuente solo en dólares completos. 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 reportar.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos 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 un 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 una casilla SS#" antes de que la solicitud pueda ser aprobada.

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 se reportan. Entiendo que se está dando la información 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 comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

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

Origen étnico: o Latino hispano o latino

Carrera (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 anual de ingresos (solo convierta cuando se informan 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/Foster
- Ingresos Hogar: Ingreso total del hogar/Con qué frecuencia: _____/_____
- Comidas gratis Comidas a precio reducido Denegado/Pagado

Firma de revisión Oficial _____ fecha de envío del aviso: _____

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Para solicitar comidas gratuitas y a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a **SYOSSET CENTRAL SCHOOL DISTRICT, BUSINESS OFFICE, P.O. BOX 9029, SYOSSET, NY 11791**. Si tiene un niño de crianza temporal en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud separada. Llame a la escuela si necesita ayuda: **516-364-5651**. Asegúrese de que se proporciona toda la información. No hacerlo puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o 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 temporal, para los que está solicitando en una solicitud.
- (2) Haga una lista de 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 personas sin hogar, migrantes, fugitivos
(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) Haga una lista de 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. OMITIR LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si incluye un número de caso de SNAP, un número de TANF o FDPIR.

PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODAS LAS DE LA PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. 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**. Use otro pedazo de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos corrientes que recibe cada miembro del hogar, antes de que se eliminen los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenalmente), 2 veces al mes, mensualmente. Si no hay ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo la Subvención en Bloque de Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y los Programas de Cuidado Infantil en Riesgo **no** debe considerarse como ingreso para este programa.
- (3) Introduzca el número total de miembros del hogar en el cuadro proporcionado. 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 los últimos cuatro dígitos solo 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 enumeró un número SNAP, TANF o FDPIR, no se necesita 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 comida gratuita y 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 para padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaración de uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que proporcionar 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 requerido cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o si enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso del 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. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para 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 los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del 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 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, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del 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 y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina
del Subsecretario de Derechos Civiles 1400

- Independence Avenue,
SW Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
 3. [email:program.intake@usda.gov](mailto:email.program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SYOSSET
APARTADO POSTAL 9029
SYOSSET, NY 11791**

HOJA INFORMATIVA DE APLICACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS Y 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 proporcione 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 su número de caso o comuníquese con ellos para obtener su número.

Niño adoptivo: Un niño que vive con una familia pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de bienestar o la corte puede aparecer en su solicitud familiar. Haga una lista de los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solo los fondos proporcionados por la agencia que se identifican para el uso personal del niño, como los subsidios para gastos personales, el dinero recibido por su familia o de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentos y atención, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos por uso personal.

Casa: 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 tienen 21 años de edad o más que viven 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 prorratear los gastos y por la independencia económica entre sí.

Ingreso Bruto Corriente: Dinero ganado o recibido en la actualidad 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. Solo los agricultores, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden usar sus ingresos durante los últimos 12 meses reportados 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
- Indemnización 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) o Beneficios para Sobrevivientes del Seguro Social
- Pagos de pensión alimenticia o manutención infantil
- Beneficios por discapacidad, incluida la compensación del trabajador
- 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 u organizado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo de 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:

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE SYOSSET, OFICINA DE NEGOCIOS
516-364-5651