

**2025-2026 Escuelas del Condado de Orange Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para el Hogar (Rellene una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo).**

**Por favor, devuélvelo a: Escuelas del Condado de Orange, 200 East King, Street Hillsborough, NC 27278, (919) 245-4002**

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del hogar				NOTA: Para más información "Fuentes de ingresos para NIÑOS/ESTUDIANTES" y Frecuencia de los ingresos véanse los cuadros de la página 2 (o del reverso) de esta solicitud.				B. Programas de asistencia		
<p>1) LISTE los nombres de todos los <b>infantes, niños y estudiantes</b> en el hogar hasta el grado 12 inclusive.</p> <p>2) CIRCULE "S" para ESTUDIANTE u "O" para Otros niños que no son estudiantes para indicar el papel del niño en el hogar.</p>		<p>Si procede, para cada ESTUDIANTE en el hogar por favor ANOTE el Nombre de la Escuela dónde está matriculado actualmente el estudiante y su Grado.</p>		<p>Si procede, por favor MARQUE si El NIÑO/ESTUDIANTE es:</p> <p>H- Sin Hogar M- Inmigrantes R- Refugiado F- De Acogida</p>		<p>INGRESOS POR HIJOS/ESTUDIANTES Ingresos del trabajo</p> <p>Anote ingresos brutos totales (antes de deducciones) en sólo en dólares enteros. (\$000)</p>		<p>INGRESOS POR HIJO/ESTUDIANTE de todas las demás fuentes</p>		<p>¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de ayuda? FNS, WorkFirst/TANF, or FDPPIR?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ</p>
Nombre Mi Apellido	Marque Una:	Nombre de la escuela	Grado	INGRESOS BRUTOS	Marque frecuencia	Income	CIRCLE Frequency	<p>En caso afirmativo, indique un número de caso (sólo uno)</p> <p>Número del caso:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <p>A continuación, PASE A LA SECCIÓN E.</p>		
	S O			\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual			
	S O			\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual			
	S O			\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual			
	S O			\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual			

C. Miembros ADULTOS del hogar		1) Por CADA ADULTO miembro de la unidad familiar (incluido usted mismo) INTRODUZCA TODOS los tipos e importes de ingresos BRUTOS percibidos. Introduzca un "0" para indicar que NO TIENE INGRESOS cuando proceda. Si un campo de ingresos se deja en blanco certifica que no hay ingresos que declarar. (2) UTILICE sólo importes enteros en dólares (no céntimos) (ej. \$1000). NOTA: Para más información sobre "Fuentes de Ingresos para ADULTOS" y la tabla de Frecuencia de Ingresos en la página 2 (o reverso) de esta solicitud.					
LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR (NOMBRE y APELLIDOS) aunque no perciban ingresos.			Marque Frecuencia	Asistencia pública/ Pensión alimenticia/ Manutención	Marque Frecuencia	Pensiones/ Jubilación/ Otros ingresos	Marque Frecuencia
Cabeza de familia	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	Semanal Mensual Quincenal Bimensual
Otro Adulto	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	Semanal Mensual Quincenal Bimensual
Otro Adulto	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	Semanal Mensual Quincenal Bimensual
Otro Adulto	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	Semanal Mensual Quincenal Bimensual
Otro Adulto	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	\$	Semanal Mensual Quincenal Bimensual	Semanal Mensual Quincenal Bimensual

**D. Total en el hogar y número de la Seguridad Social (SSN)**

INTRODUZCA AQUÍ el número total de miembros del hogar (niños y adultos)

INTRODUZCA AQUÍ LOS CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL SSN (SÓLO cabeza de familia o asalariado principal)

No tengo número de Seguridad Social

**E. Atestación:** Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar la solicitud. "Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las Leyes Estatales y Federales."

Firma del cabeza de familia:	Fecha de hoy:	Correo electrónico:	Dirección:
Nombre impreso:	Número de contacto:	Ciudad:	Estado: Código postal:

**F. Identidades étnicas y raciales de los niños (Opcional)**

SELECCIONE un grupo étnico:

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

SELECCIONE uno o más (independientemente de su origen étnico):

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico

Blanco

For Office Use Only	Total Household Members:	Total Household Income:	per:
	Income Conversion		
NOTE: If there are multiple income sources with more than on frequency, the SFA must annualize all income by multiplying:			
<input type="checkbox"/> Weekly (x52) <input type="checkbox"/> Biweekly (x26) <input type="checkbox"/> Monthly (x12) <input type="checkbox"/> Bimonthly (x24) <input type="checkbox"/> Annually			

**Eligibility Determination:**

Categorical Eligibility  Free  Reduced  Denied

Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date

Confirming Official's Signature & Date

Verifying Official's Signature & Date

Sources of Income

Fuentes de ingresos de NIÑOS/ESTUDIANTES	
Fuentes de ingresos	Ejemplos
· Ingresos procedentes del trabajo	· El menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que percibe un sueldo o salario
· Seguridad Social · Pagos por incapacidad · Prestaciones de supervivencia	· Un hijo es ciego o discapacitado y percibe prestaciones de la Seguridad Social · Un progenitor es discapacitado, está jubilado o ha fallecido y su hijo percibe prestaciones de la Seguridad Social
· Ingresos procedentes de cualquier otra fuente	· Un hijo recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso.

Fuentes de ingresos de los ADULTOS		
Ingresos procedentes del trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de los hijos	Pensiones/Jubilaciones Otros ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sueldos, salarios, primas en metálico</li> <li>● Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (explotación agrícola o empresarial)</li> </ul> <p><b>Si pertenece al Ejército de EE.UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sueldo base y primas en metálico (NO incluye la paga de combate, el FSSA ni los subsidios de alojamiento privatizados)</li> <li>● Subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prestaciones de desempleo</li> <li>● Indemnización laboral</li> <li>● Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>● Asistencia en metálico del Estado</li> <li>● o local</li> <li>● Pensiones alimenticias</li> <li>● Pensiones alimenticias</li> <li>● Prestaciones para veteranos</li> <li>● Prestaciones por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguridad Social (incluida la jubilación ferroviaria y prestaciones por pulmón negro)</li> <li>● Pensiones privadas o prestaciones por invalidez</li> <li>● Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>● Rentas vitalicias</li> <li>● Rentas de inversión</li> <li>● Intereses devengados</li> <li>● Ingresos por alquileres</li> <li>● Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar</li> </ul>

<p><b>Income Frequency</b></p> <p>Semanal = Una vez por semana Bisemanal = Cada dos (2) semanas Mensual = Una vez al mes Bimensual = Dos veces al mes Anual = Salario total anual</p>
---

Envíe esta solicitud por correo postal a **ORANGE COUNTY SCHOOLS**  
**ATTN: CHILD NUTRITION SERVICES**  
**200 EAST KING STREET**  
**HILLSBOROUGH, NC 27278**

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Usted 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 la seguridad social no son necesarios si presenta la solicitud en nombre de un hijo de acogida o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de la seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento 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 funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

**Declaración no discriminatoria del USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse 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 y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita del acción presuntamente 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 AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA antes del:

1. **Correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **correo electrónico:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades