

Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26) - Lake Washington School District

Presentar solicitud en línea: www.MySchoolApps.com

Esta solicitud puede calificarle para: beneficios de alimentos, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP) o de la Disposición 2, completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Rellene, firme y entregue esta solicitud en la escuela de su hijo(a) o en LWSD Business Services, 16250 NE 74th St., Redmond, WA 98052. Asimismo, puede imprimir la solicitud, firmarla, escanearla en formato PDF y enviarla por correo electrónico a F-RMealapp@lwsd.org

Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos:

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en acogida, sin hogar o recibe servicios de educación para inmigrantes, indíquelo poniendo una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Crianza Temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
			<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. En caso contrario, vaya al punto 3.

Basic Food (Alimentos básicos) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPR)
 Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Crianza Temporal	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión alimenticia				Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión alimenticia	Pensiones/Jubilación/Seguridad Social (SSI)				Cualquier otro ingreso que no figura en la lista	Cualquier otro ingreso que no figura en la lista			
			Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): Cuatro últimos dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) de Marque si no tiene SSN:
 (el total debe ser igual al número de miembros del hogar indicados anteriormente) **Asalariado principal u otro miembro del hogar** (Opcional si sólo solicita EBT de verano)

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a: F-RMealapp@lwsd.org

Yo certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización Tribal Indígena (si aplica). Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del Miembro adulto del hogar

Firma del Miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código postal

Número de teléfono durante el día Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Marque una identidad:
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o isleño del pacifico Hispano o Latino
 Blanco No Hispano o Latino

6.Consentimiento para compartir la información sobre su elegibilidad para el programa de nutrición para niños solo para recibir beneficios adicionales (opcional):

7.Si calificas para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, es posible que tenga derecho a tarifas gratuitas o a precio reducido para participar en otros programas escolares. No es obligatorio rellenar esta sección, así que, si no lo hace, la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido no será afectada. Solo se compartirán el nombre del estudiante y su estado de elegibilidad, y las personas o programas que reciban la información sobre el estado de elegibilidad, no compartirán esta información con ninguna otra entidad o programa. Indique los programas que autoriza que conozcan su estado de elegibilidad rellenando la sección de abajo. De este modo, autoriza solo la divulgación del nombre y el estado de elegibilidad. No se permitirá compartir información o demográfica adicional.

Marque para participar	Título del programa escolar:	Cómo se utilizará la información compartida:
<input type="checkbox"/>	Actividades extracurriculares, incluyendo las tarifas de ASB y las tarifas de participación deportiva	Elegibilidad para la exención de tarifas
<input type="checkbox"/>	Tarifas de prueba PSAT / SAT	Elegibilidad para la exención de tarifas
<input type="checkbox"/>	Tarifas de la Escuela de Verano	Elegibilidad para la reducción de tarifas

_____ **Nombre de los padres o tutores en imprenta** **Firma**
 _____ **de los padres o tutores** **Fecha**

Elegibilidad para Nutrición Infantil: la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social no son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño de acogida o cuando se indica un número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) (Basic Food (Alimentos básicos)), del Temporary Assistance for Needy Families Program (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o del Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número de 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 aplicación de los programas de comidas y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran de medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense) 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 a través del Servicio de Transmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el Reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa) del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, también puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992, o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, el domicilio y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a los siguientes domicilios:

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.

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (SÓLO PARA USO ESCOLAR - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
 Income Household Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Eligible **APPLICATION DENIED BECAUSE:** Income Over Allowed Amount Other: _____
 Reduced-Price Eligible Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date