

**Solicitud de comidas/leches escolares gratuitas o a precio reducido 2025-2026**

Las escuelas deben establecer la elegibilidad para comidas gratuitas y a precio reducido al ofrecer comidas sin costo. Complete la solicitud de comidas gratuitas y a precio reducido para su hijo(a), fírmela y **devuélvala a la dirección que figura a continuación**. Si necesita ayuda, llame al **845-639-6546**. Es posible que se incluyan nombres adicionales en una hoja aparte.

**Devuelva las solicitudes completas a: Depto. de Servicios Alimentarios del Distrito Escolar Central de Clarkstown  
62 Old Middletown Road  
New City, NY 10956**

**1. Mencione todos los niños de su grupo familiar que asistan a la escuela:**

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Niño de crianza temporal	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 grupo familiar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, incluya 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 del grupo familiar (omite este paso si completó el paso 2)**

**Todos los miembros del grupo familiar (incluido usted y todos los niños que tienen ingresos).**

Enumere todos los miembros del grupo familiar que no figuran en el Paso 1 (incluido usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del grupo familiar mencionado, si recibe ingresos, informe el ingreso total para cada fuente solo en dólares enteros. Si no recibe ingresos de ninguna otra fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Nombre del miembro del grupo familiar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Manutención de los hijos, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Total de miembros del grupo familiar (niños y adultos)

\*Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_ \_\_

No tengo un número de seguro \_\_\_\_\_

\*Al completar la sección 3, un miembro adulto del grupo familiar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#) o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" antes de que se pueda aprobar la solicitud.

**4. Firma:** Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona para que la escuela obtenga fondos federales; los representantes de la escuela pueden verificar la información y si doy información falsa a propósito, puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comidas.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de casa: \_\_\_\_\_

**5. La etnia y la raza son opcionales; responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.**

Etnia: Hispano o latino

No hispano o latino

Raza (Marque una 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 se indiquen varias 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/Crianza temporal

Ingresos del grupo familiar: Ingresos totales del grupo familiar/frecuencia: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Tamaño del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Comidas gratis

Comidas a precio reducido

Denegadas/Pagadas

**Firma del representante revisor** \_\_\_\_\_

**Fecha de envío del aviso:** \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Para solicitar la elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido, complete una sola solicitud para su grupo familiar siguiendo las instrucciones que se indican abajo. Firme la solicitud y devuélvala a \_\_\_\_\_. Si tiene un niño adoptivo en su grupo familiar, puede incluirlo en su solicitud. No es necesario presentar una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda: \_\_\_\_\_. Asegúrese de proporcionar toda la información. Si no lo hace, es posible que le nieguen los beneficios a su hijo o que se produzca una demora innecesaria en la aprobación de su solicitud.

### PARTE 1 TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO COMPLETE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU GRUPO FAMILIAR.

- (1) Escriba en letra imprenta los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza temporal, para los que está presentando la solicitud en una sola solicitud.
- (2) Indique el grado y la escuela a la que asisten.
- (3) Marque la casilla para indicar si hay un niño de crianza temporal que vive en su grupo familiar o si cree que algún niño cumple con la descripción de indigente, migrante o fugitivo.  
(un miembro del personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

### PARTE 2 LOS GRUPOS FAMILIARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique el número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas) de cualquier persona que viva en su grupo familiar.  
El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. **SALTE LA PARTE 3.** No incluya los nombres de los miembros del grupo familiar ni los ingresos si incluye un número de caso de SNAP, un número de TANF o FDPIR.

### PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su grupo familiar, ya sea que reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los niños por los que está solicitando beneficios, a todos los demás niños, a su cónyuge, a sus abuelos y a otras personas relacionadas y no relacionadas en **su grupo familiar**. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del grupo familiar, antes de impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual es mayor o menor que lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique con qué frecuencia recibe este monto de ingresos: semanalmente, quincenalmente, 2 veces al mes, mensualmente. Si no hay ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por costos incurridos por dicho cuidado bajo la Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Programas de Cuidado Infantil en Riesgo no debe considerarse como ingreso para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en la casilla provista. Este número debe incluir a todos los adultos y niños del grupo familiar y debe reflejar los miembros mencionados 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 se completa la Parte 3. Si el adulto no tiene número de seguro social, marque la casilla. **Si incluyó un número SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario un número de seguro social.**
- (5) **Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.**

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo puede ser elegible para recibir beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los representantes del programa necesitan información de su solicitud de comidas gratuitas o 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

### DECLARACIÓN DE USO DE LA INFORMACIÓN

Declaración de uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información que se incluye en esta solicitud. No tiene la obligación de proporcionar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podremos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del principal sustentador del hogar u otro miembro adulto del grupo familiar que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando realiza la solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o cuando indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible 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 ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con auditores para revisiones de programas y con representantes 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 normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Las soluciones y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en [Cómo presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **correo:**  
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:** (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## HOJA INFORMATIVA PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS O 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 completo y válido que le proporcionó la agencia, incluyendo todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o la combinación que se utilice en su condado. Consulte una carta que recibió del Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtenerlo.

**Niño de crianza temporal:** Un niño que vive con una familia, pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de bienestar social o del tribunal, puede figurar en su solicitud familiar. Indique los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye únicamente los fondos proporcionados por la agencia que están identificados para el uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o dinero proveniente de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentación y cuidado, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza temporal. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos de uso personal.

**Grupo familiar:** Un grupo de personas, emparentadas o no, que viven en una misma vivienda y comparten ingresos y gastos.

**Miembros adultos de la familia:** Todas las personas, emparentadas o no, mayores de 21 años que viven en su vivienda.

**Independencia económica:** Una persona es económicamente independiente y constituye una unidad económica/grupo familiar independiente cuando no comparte sus ingresos y gastos con la familia/grupo familiar. Las unidades económicas independientes en la misma residencia se caracterizan por prorratear los gastos y ser económicamente independientes entre sí.

**Ingresos brutos actuales:** Dinero ganado o recibido actualmente por cada miembro de su grupo familiar antes de deducciones. Ejemplos de deducciones son los impuestos federales, estatales y del Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe indicar los ingresos de todos ellos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención infantil, etc.), debe indicar los ingresos de todas ellas. Solo los agricultores, trabajadores autónomos, trabajadores migrantes y otros trabajadores temporales pueden usar los ingresos de los últimos 12 meses declarados en sus formularios de impuestos 1040.

**Ejemplos de ingresos brutos son:**

- Salarios, sueldos, propinas, comisiones o ingresos por cuenta propia
- Ingresos netos agrícolas: ventas brutas menos gastos (no pérdidas)
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluyendo las prestaciones del Seguro Social
- Compensación por desempleo
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor del SNAP)
- Pagos de asistencia pública
- Asistencia para la adopción
- Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) o Prestaciones del Seguro Social para Sobrevivientes
- Pagos de pensión alimenticia o manutención infantil
- Prestaciones por discapacidad, incluyendo la compensación laboral
- Prestaciones 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, así como cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Fondo de Subvención Global para el Desarrollo del Cuidado Infantil, no debe considerarse ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

Robert Preiss, Director de Servicios de Alimentación  
Teléfono: 845-639-6546