Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26 – Orting School District

Presentar solicitud en línea: https://www.ortingschools.org/departments/nutrition-services

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: 121 Whitesell St. NE Orting, WA 98360

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
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

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)	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual	Asistencia pública/ Manutención de menores/ Pensión alimenticia	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual	Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual	Cualquier otro ingreso que no figura en la lista	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

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:

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. Identidad Racial y Étnica de los Niños (Opcional) - Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Indígena americana o nativo de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- ☐ Caucásica

Marque una identidad étnica:

- ☐ Hispana o latina
- ☐ Ni hispana ni latina

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.

Declaración de no discriminación del distrito escolar **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.** El Distrito Escolar de Orting no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o de servicio militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad, estado civil o el uso de un perro guía o animal de servicio entrenado, y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados.

Los siguientes empleados han sido designados para atender preguntas y quejas relacionadas con presunta discriminación, y sus oficinas están ubicadas en 121 Whitesell St NE, Orting, WA 98360:
Coordinadora de Cumplimiento de Derechos Civiles / Título IX / ADA: **Carrie Joy**, Directora de Recursos Humanos, 360-893-6500, ext. 4028, joyc@orting.wednet.edu;
Coordinadora de la Sección 504: **Dra. Jennifer Westover**, Directora Ejecutiva de Servicios de Apoyo Estudiantil, 360-893-6500, ext. 4027, westoverj@orting.wednet.edu.

La información sobre las políticas de no discriminación y discriminación por razón de sexo, así como los procedimientos de reclamación y la manera de presentar una inquietud o queja, se puede acceder aquí. Las consultas sobre el Título IX también pueden dirigirse al Departamento de Educación de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles.

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 ☐ Income Household

Total Household Size _____

Total Household Income $_____

Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
☐	☐	☐	☐	☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Price Eligible

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____ ☐ Incomplete/Missing Information