

PASO 1 — Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12

| Identificación del Estudiante (opcional) | Apellido | Primer Nombre | Inicial | Grado (Opcional) | Adoptivo | Sin Hogar | Migrantes | Fugitivo | Head Start |
|--|----------|---------------|---------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <div></div> | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| <div></div> | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| <div></div> | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| <div></div> | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| <div></div> | | | | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDIPIR? **Circule uno:** ☐ Sí / ☐ No

Si respondió NO > Complete el PASO 3. Si respondió SI > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, *n/a para FDIPIR*) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3).

Número De EDG:

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Por favor, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratis Precio Reducido** para más información. Las "fuentes de ingresos para los niños" sección le ayudarán con la cuestión de Ingresos del niño. Las "fuentes de ingresos para adultos" sección le ayudarán con la sección de los miembros del hogar Todo adulto.

A. Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

B. Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar

*** - ** -

Marque si no tiene SSN

☐

C. Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1 (incluyendo usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

| Nombre de los Miembros del Adultos (Nombre y Apellido) | Ganancias del Trabajo | Frecuencia? | | | | Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia | Frecuencia? | | | | Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos | Frecuencia? | | | |
|---|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | W | E | T | M | | W | E | T | M | | W | E | T | M |
| | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> |
| | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> |
| | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> |
| | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> | | <div>W</div> | <div>E</div> | <div>T</div> | <div>M</div> |

Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual

Ingresos Niño

Frecuencia?

W E T M

D. A veces los niños en el hogar ganar o recibir ingresos. Incluya el ingreso total recibido por todos los miembros del hogar que figuran en el Paso 1 aquí. Por favor diríjase al Cuadro de Información de Ingresos de Menores en la hoja de instrucciones para una guía.

W E T M

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que llene este formulario

X

Fecha de Hoy

M M D D Y Y

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

T X

Código Postal

Teléfono De Casa (opcional)

Teléfono Del Trabajo (opcional)

Correo Electrónico (opcional)

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno):

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):


☐ Indio Americano o Nativo de Alaska

☐ Negro o Afroamericano

☐ Asiático

☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

☐ Blanco



5882

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. Correo:
Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Avenida Independencia, SW
Washington, DC 20250-9410; o
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.