

Fecha de Retiro \_\_\_\_\_

F \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

### Solicitud 2025-2026 para Comidas/Leche Escolares Gratis y a Precio Reducido

Las escuelas están obligadas a establecer la elegibilidad para comidas gratuitas y a precio reducido mientras ofrecen comidas sin costo. Por favor, complete la solicitud de comidas gratuitas y a **precio reducido para su(s) hijo(s)**, luego **fírmela y envíela a la dirección** que aparece a continuación. Llame, **Darleen Sherr** en **914-669-5414 ext. 1014** si necesita ayuda. Se pueden incluir nombres adicionales en una hoja aparte.

Devuelva las solicitudes completadas a:

**North Salem Central School District  
230 June Road  
North Salem, NY 10560**

1. Enumere todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del Estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Niño en Acogida	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"/>

2. Beneficio de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar es recipiente de los beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escribe su nombre y número de CASO aquí. **Pase a la Parte 4 y firme la aplicación.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de CASO: \_\_\_\_\_

3. Informe todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omitir este paso si completó el paso 2)

**Todos los miembros del hogar (incluyéndote a ti y a todos los niños que tengan ingresos).** Enumere todos los miembros del hogar que no estén listados en el Paso 1 (**incluyéndote a ti**), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar listado, si recibe ingresos, informe el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. 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 que reportar.

Nombre de miembros del Hogar	Ingresos por trabajo antes de deducciones Cantidad / Frecuencia	Manutención infantil, pensión alimenticia Cantidad / Frecuencia	Pensiones, Pagos de Jubilación Cantidad / Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad / Frecuencia	Sin Ingreso
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Total, de miembros del hogar (niños y adultos)

\*Últimos cuatro números del Seguro Social: XXX-XX-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

No tengo SS#

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

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que la información se proporciona para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios escolares pueden verificar la información y, si doy información falsa a propósito, puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas.

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

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

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA – SOLO PARA USO ESCOLAR**

**Conversión de Ingresos Anuales (Solo convertir cuando se reporten múltiples 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/Foster  
 Ingreso del Hogar: Total Ingresos en el Hogar/Cuan Frecuente: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Tamaño del Hogar: \_\_\_\_\_  
 Comidas Gratis  Comidas a Precio Reducido  Denegado/Pagar  
**Firma del funcionario Revisor** \_\_\_\_\_ **Fecha en que fue enviado:** \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Para solicitar la elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar utilizando las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a Darleen Sherr. Si tiene un niño en cuidado de crianza en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud separada. Llame a la escuela si necesita ayuda: 914-669-5414 ext. 1014. Asegúrese de proporcionar toda la información. No hacerlo puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o en un retraso innecesario en la aprobación de su solicitud

### PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba los nombres de los niños, incluidos los niños en cuidado de crianza, para quienes está solicitando en una sola solicitud.
- (2) Indique su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño en cuidado de crianza que viva en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de ser sin hogar, migrante o fugitivo (el personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

### PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDIPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Enumere el número de caso actual de SNAP, TANF o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar.  
El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. OMITA LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si proporciona un número de caso de SNAP, TANF o FDIPIR.

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

- (1) Escriba los nombres de todas las personas en su hogar, ya sea que reciban ingresos o no. Inclúyase a usted mismo, a los niños para quienes está solicitando, a todos los demás niños, a su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas o no relacionadas que vivan en su hogar. Use otra hoja si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos o cualquier otra deducción, e indique de dónde provienen, como salarios, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron más o menos de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente.** Si no hay ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por costos incurridos bajo el Programa de Subvenciones para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Programas de Cuidado Infantil en Situaciones de Riesgo no debe considerarse como ingreso para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en el recuadro proporcionado. Este número debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar a los miembros listados en la **PARTE 1 y PARTE 3.**
- (4) La solicitud debe incluir solo los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firme la PARTE 4 si se completa la Parte 3. Si el adulto no tiene número de seguro social, marque la casilla. **Si usted indicó un número de SNAP, TANF o FDIPIR, no se necesita número de seguro social.**
- (5) Un adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los funcionarios 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. Por favor, consulte la Carta de Divulgación para Padres y la Declaración de Consentimiento adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

### DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN

Declaración sobre el uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podremos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del principal sostén de la familia u otro adulto miembro del hogar que firme la solicitud. El número de seguro social no es obligatorio cuando solicita en nombre de un niño en cuidado de crianza o si proporciona un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDIPIR para su hijo, o cuando indica que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y 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, con auditores para revisiones de programas, y con funcionarios de la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

### QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones 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/paterno, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Señas Americana, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

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

1. **Dirección:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410  
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**  
(202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## HOJA INFORMATIVA SOBRE LA SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, por favor 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 haya proporcionado la agencia, incluyendo todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte una carta que haya recibido del Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para solicitarlo.

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

**Hogar:** Un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven en una misma casa y comparten ingresos y gastos.

**Miembros adultos de la familia:** Todas las personas relacionadas o no relacionadas que tengan 21 años de edad o más y vivan en su casa.

**Independiente financieramente:** Una persona es financieramente independiente y una unidad económica/hogar separado cuando sus ingresos y gastos no son compartidos por la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en la misma residencia se caracterizan por prorratear los gastos y por la independencia económica entre ellas.

**Ingreso bruto actual:** Dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de deducciones. Ejemplos de deducciones son impuestos federales, impuestos estatales y deducciones de Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe listar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención de hijos, etc.), debe listar los ingresos de todas las fuentes. Solo los agricultores, trabajadores por cuenta propia, trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden usar sus ingresos de los últimos 12 meses reportados en sus Formularios 1040 de impuestos.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Salarios, sueldos, propinas, comisiones o ingresos por trabajo por cuenta propia
- Ingresos netos de la agricultura – ventas brutas menos gastos solamente – no pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos por jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- Compensación por desempleo
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor del SNAP)
- Pagos de asistencia pública
- Asistencia para adopción
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) o Beneficios de Supervivencia del Seguro Social
- Pagos de pensión alimenticia o manutención de hijos
- Beneficios por discapacidad, incluyendo compensación laboral
- Beneficios de subsistencia para veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Dinero en 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 o gestionado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil (Subvención Global) no debe considerarse como ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, por favor contacte a:

Nombre: Darleen Sherr, District Treasurer  
Número de Teléfono: 914-669-5414 ext. 1012