

**HEWLETT-WOODMERE OFFICE OF COMMUNITY EDUCATION & SERVICES
SOLICITUD DE BECA PARA LA ESCUELA INFANTIL DE VERANO**

DEVOLVER LA SOLICITUD A: HEWLETT-WOODMERE COMMUNITY EDUCATION & SERVICES, ONE JOHNSON PLACE, WOODMERE, NY

Fecha límite de solicitud: 1 de abril de 2026

EL NOMBRE DEL SOLICITANTE (Padres): _____

ESTUDIANTE/S PARA QUIENES SE SOLICITA UNA BECA _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ CÉLULAR : _____ TRABAJO : _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Enumere los nombres de los dependientes y de todos los miembros de la familia que residen en el hogar del solicitante mencionado anteriormente. Enumere el nombre y apellido de los hijos dependientes, junto con su edad y grado para septiembre de 2026.

NOMBRE

Esposo: _____

_____	Edad _____	Grado _____
_____	Edad _____	Grado _____
_____	Edad _____	Grado _____
_____	Edad _____	Grado _____

¿ALGUNO DE LOS DEPENDIENTES MENCIONADOS ARRIBA ES UN NIÑO DE ACOGIDA? Yes No

SUS INGRESOS BRUTOS TOTALES DEL HOGAR PARA EL AÑO QUE FINALIZA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025: \$ _____

SUS INGRESOS MENSUALES ACTUALES DE TODAS LAS FUENTES: \$ _____

DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL IRS DE 2024 o 2025, INCLUYENDO UN W-2/1099 O UN TALÓN DE PAGO ACTUAL y una factura de servicios públicos.

Adjunte cualquier documentación de respaldo (pérdida de empleo).

POR FAVOR VERIFIQUE SI USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ESTÁ RECIBIENDO ALGUNO DE LOS BENEFICIOS MENCIONADOS:

Beneficios de Seguro Social Sección 8 Vivienda Cupones de alimentos Almuerzo escolar gratuito o reducido

USTED DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO DE “CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD A PRECIO REDUCIDO”.

ESTA SOLICITUD DEBE ESTAR FIRMADA POR EL SOLICITANTE.

Certifico que toda la información de esta solicitud es veraz y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que las autoridades escolares pueden verificarla. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de alimentación y podría ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

TAMBIÉN PERMITO A LOS FUNCIONARIOS ESCOLARES, INCLUIDO EL PERSONAL DE LA CAFETERÍA DEL DISTRITO, A DIVULGAR INFORMACIÓN QUE DEMUESTRE QUE MIS HIJOS SON ELEGIBLES PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO O LECHE GRATIS. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN SÓLO SE PROPORCIONARÁ A LA OFICINA DE EDUCACIÓN Y SERVICIOS COMUNITARIOS.

Applicant's Signature _____

Date _____

Para uso exclusivo de educación y servicios comunitarios

Eligibility Request Approved: _____ Eligibility Request Denied: _____ Reason: _____

Application processed by: _____

Escuelas Públicas de Hewlett-Woodmere

(Marque la casilla junto a las áreas del programa a las que desea divulgar información)

- Programas de salud federales como Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP).
- Programas estatales o federales como el Youth Summer Work Program o el Educational Talent Search Program
- Programas locales de salud y educación y otros programas locales que brindan beneficios como libros de texto o útiles escolares gratuitos, instrumentos de banda gratuitos o tarifas reducidas para la escuela de verano o educación vial.
- Programas comunitarios como canastas navideñas, artes de verano y programas de juegos infantiles.

Entiendo que divulgaré información que demostrará que mi(s) hijo(s) son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido o leche gratis. Doy mi consentimiento para divulgar mi información confidencial para los usos mencionados anteriormente.

Niño / Niños:

Certifico que soy el padre/tutor del niño para quien se realizó la solicitud.

Firma del Padre de familia /Tutor: _____

Imprimir Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha: _____

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se 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 del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o 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. 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 del programa del USDA, AD-3027, que se encuentra 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 y proporcione 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 o carta completo al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PRECIO REDUCIDO O GRATUITO

Los funcionarios escolares pueden divulgar información que demuestre que mi(s) hijo(s) son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido o leche gratis a los siguientes programas. Entiendo que la información solo se proporcionará a los programas marcados.

- No quiero que mi información se comparta con ningún otro programa.

- Programas de salud federales como Medicaid o Children's Health Insurance (CHIP).
- Cualquier programa estatal o federal
- Programas locales de salud y educación y otros programas locales que brindan beneficios como libros de texto gratuitos, útiles escolares, exención de tarifas por alquiler de instrumentos o excursiones educativas.
- Es posible que haya becas disponibles para programas comunitarios como recreación de verano, lecciones de natación y programas de deportes y juegos.

Entiendo que divulgaré información que demostrará que mi(s) hijo(s) son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido o leche gratis para mi hijo. Renuncio a mi derecho a la confidencialidad del programa(s) marcado(s).

Nombre del niño/niña: _____ Escuela: _____
Nombre del niño/niña: _____ Escuela: _____
Nombre del niño/niña: _____ Escuela: _____
Nombre del niño/niña: _____ Escuela: _____

Certifico que soy el padre/tutor del niño para quien se realizó la solicitud.

Firma del padre de familia /tutor: _____

Imprimir nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____