**Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para hogares** **SOLICITUD CERDEP**

Nombre del niño **Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).**

## Paso 1

Enumere TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, iincluso si no son parientes. "Los niños en hogares de acogida y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para recibir comidas gratuitas. Leer **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas y a precio reducido** para obtener más Información

| Nombre del niño | MI | Apellido del niño | Grado | Estudiante Si No | Foster Child | Homeless, Migrant, Runaway |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| | | | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| | | | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| | | | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | ☐ ☐ |
| | | | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | ☐ ☐ |

Check all that apply

## Paso 2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR? Marcar uno Si No

**Si es NO**, > vaya al Paso 3. **Si es SÍ >** escriba un número de caso aquí y luego vaya al Paso 4 (no complete el Paso 3).

Número de caso

escribe solo un numero en cada cuadrito

## Paso 3

Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Sí" al Paso 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí? Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información. El cuadro "Fuentes de ingresos para niños" lo ayudará con la sección Ingresos de niños. El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

**A Ingresos de los niños**
En ocasiones, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí el ingreso TOTAL que reciben todos los miembros del hogar enumerados en el **PASO 1.**
**B. todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)**

Child income

$ ☐☐☐☐

Que frequente

| Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |

List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

| Name of Adult Household Members (First and Last) | Earnings from Work | How often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Public Assistance/ Child Support/Alimony | How often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Pensions/Retirement/ All Other Income | How often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Total de miembros del hogar (niños y adultos) ☐☐

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del sustentador principal del hogar u otro miembro adulto del hogar X X X X X ☐☐☐☐

Marcar si no tiene SSN ☐

## Paso 4

**Informacion del contacto y firma del Adulto**

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente si doy información falsa, mis hijos pueden perder el beneficio de comidas y puedo ser procesado de acuerdo alas leyes estatales y federales aplicables.

Direccion en donde vive Apt #

Ciudad Estado Codigo Postal Zip

Telefono y correo Electronico (opcional)

Escriba su nombre Firmar el formulario

Firma del Adulto

Fecha de Hoy

## Instrucción — fuente de ingresos

### Fuentes de ingresos para niños

| Fuentes de ingresos de los niños | Ejemplo(s) |
|---|---|
| - Ingresos del trabajo | - Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial donde gana un salario o sueldo. |
| - Seguro social<br>-Pagos por discapacidad<br>Beneficios para sobrevivientes | - Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social<br>- - Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido y su hijo recibe beneficios del Seguro Social |
| -Ingresos de personas fuera del hogar | Un amigo o un familiar extendido le da regularmente dinero para gastos al niño. |
| - Ingreso de cualquier otra fuente | Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una anualidad o un fideicomiso. |

### Fuentes de ingresos para adultos

| Ganancias del trabajo | Asistencia pública / Pensión alimenticia / Manutención de los hijos | Pensiones / Jubilación / Todos los demás ingresos |
|---|---|---|
| - Salarios, sueldos, bonificaciones en efectivo<br>- - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o negocio)<br>-<br>- Si está en el ejército de los EE. UU.:<br>-<br>- - Salario básico y bonificaciones en efectivo<br>- (NO incluya paga de combate, FSSA ni asignaciones de vivienda privatizada)<br>- - Asignaciones para vivienda fuera de la base, comida y ropa | - - Prestaciones por desempleo<br>- - Compensación laboral<br>- - Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)<br>- - Asistencia en efectivo del<br>- gobierno estatal o local<br>- - Pagos de pensión alimenticia<br>- - Pagos de manutención infantil<br>- - Prestaciones para veteranos<br>- - Prestaciones por huelga | - - Seguro social (incluidos los beneficios de jubilación ferroviaria y de pulmón negro)<br>- - Pensiones privadas o beneficios por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios<br>- - Anualidades<br>- - Ingresos por inversiones<br>- - Intereses ganados<br>- - Ingresos por alquiler<br>- - Pagos regulares en efectivo de personas externas al hogar |

## OPCIONAL — Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnicidad (Marque uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o mas): ☐ Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Africano Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Otra Isla Pacifica ☐ Blanco

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 lo hace, 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 miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando realiza la solicitud en nombre de un niño de acogida 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 hogar 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, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

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), 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, sexo, discapacidad, edad o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades 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) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información sobre el 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) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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 completo o carta al USDA por: correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos

Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington,

D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidade

## No Rellenar — Para uso de la escuela — For School use Only

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24 Mensual x 12
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often? Que tan frequente?

| | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
|---|---|---|---|---|
| **Total Income** | ○ | ○ | ○ | ○ |

Elegibilidad
Eligibility:

| Free | Reduced | Denied |
|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ |

**Household Size**

Categorical Eligibility ☐

| Determining Official's Signature | Date | Confirming Official's Signature | Date | Verifying Official's Signature | Date |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |