

Solicitar en línea: http://EDMONDS.WEDNET.EDU/DEPARTMENT/FOOD_NUTRITION_SERVICES

Esta solicitud puede darle derecho a: beneficios para comidas, beneficios EBT de verano (si está matriculado en un colegio del NSLP o del BSP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayuda para conseguir financiación para su Distrito escolar. Si su(s) hijo/a(s) está(n) matriculada/o(s) en una escuela acogida a la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o a la Disposición 2, rellenar esta solicitud no afectará a su derecho a recibir comidas gratuitas. Marque aquí: si recibió beneficios para comidas el año pasado: ☐ si NO desea facilitar información de ingresos: ☐

1. Enumere a **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en cuidado de crianza temporal, no tiene hogar o recibe servicios de educación para migrantes, indíquelo colocando una “x” en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque una “x” en la casilla correcta para indicar la frecuencia con la que lo recibe. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial 2°	Crianza temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingresos del estudiante	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si no, vaya al Paso 3.

☐ Alimentos básicos ☐ TANF ☐ Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDIR) Número de caso: _____

3. Indique los nombres de todos los demás miembros del hogar. Indique los ingresos (en dólares enteros) y MARQUE con qué frecuencia los recibe. Si algún miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes indicados anteriormente)	Crianza temporal	Ganancias del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Asistencia pública/Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI)	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Cualquier otro ingreso aún no indicado	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) Marque si no tiene SSN: ☐

del sostén principal del hogar u otro miembro del hogar (opcional si solo se solicita el EBT de verano)

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y devuelva esta solicitud a: Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición – 20420 68th AVE W, LYNNWOOD, WA 98036 o a la escuela de su estudiante. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se declaran todos los ingresos y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado u organización tribal indígena diferente (en su caso). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que, si doy información falsa adrede, mis hijos podrán perder estos beneficios y podré ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letras de imprenta del miembro adulto del hogar

Firma de un miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico (opcional)



Dirección postal (opcional)

Ciudad, estado & código postal

Teléfono (opcional)

Fecha

6. **Consentimiento para compartir información de elegibilidad para otros programas escolares (opcional):** los estudiantes pueden ser elegibles para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares, incluidos exención de tarifas de excursiones (ASB), reducción de tarifas de participación en deportes (ASB) y/o una reducción de tarifas de exámenes (académicos). Esta sección se aplica a los estudiantes de todos los grados, incluida la primaria. Seleccione los programas escolares en los que le gustaría participar para obtener una reducción en las tarifas/aranceles:

☐ Cuerpo Estudiantil Asociado (ASB) ☐ Académico ☐ Estacionamiento escolar ☐ Entradas a graduación

Al marcar las casillas y firmar al pie, usted solo autoriza la divulgación del nombre del estudiante y su estado de elegibilidad; no se compartirá ninguna otra información ni datos demográficos.

Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Edmonds comparta la elegibilidad de mi estudiante para una reducción de tarifas para los programas escolares marcados anteriormente.

FIRMA DE MADRE/PADRE/TUTOR

FECHA

Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): estamos obligados a solicitar información sobre la raza y 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 y a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco

Marque una identidad étnica:

☐ Hispano o latino

☐ No hispano ni latino

Elegibilidad para nutrición infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información incluida en esta solicitud. No está obligado a 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 presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Alimentos Básicos), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador 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 ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODREMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con auditores para revisiones de programas y con funcionarios policiales para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej. braille, letra grande, cinta de 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 Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta al USDA. La carta debe contener nombre, dirección, teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta debe enviarse al USDA por: **correo:** Departamento de Agricultura de los EE.UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución ofrece igualdad de oportunidades. El Distrito Escolar de Edmonds no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio y brinda acceso igualitario a los Boy Scouts y otros grupos de jóvenes designados. Los siguientes empleados han sido designados para atender preguntas y quejas de presunta discriminación: Coordinador del Título IX y Coordinador de Cumplimiento de Derechos Civiles y ADA: Rob Baumgartner, Superintendente adjunto de Recursos humanos, nóminas y beneficios, 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7020, baumgartnerr@edmonds.wednet.edu Coordinadora de la Sección 504: Dana Gealsen, directora ejecutiva de servicios estudiantiles, 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7047, gealsend338@edmonds.wednet.edu Política 3210P de la junta escolar.

SOLO PARA USO ESCOLAR – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

CONVERSIÓN DE INGRESOS ANUALES: Semanal x 52; Quincenal x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12. (**NO** convierta a ingreso anual a menos que el hogar informe múltiples frecuencias de pago).

APROBACIÓN LEA: ☐ Alimentos básicos/TANF/FDPIR/crianza

☐ Ingresos del hogar

Tamaño total del hogar

Ingresos totales del hogar

\$

Semanal

Quincenal

2x por mes

Mensual

Anual

☐

☐

☐

☐

☐

SOLICITUD APROBADA PARA:

☐ Elegible para Gratis

☐ Elegible para precio reducido

SOLICITUD DENEGADA PORQUE:

☐ Ingresos superiores al monto permitido

☐ Información incompleta o faltante

☐ Otro: __

Fecha de envío del aviso

Firma del funcionario que aprueba

Fecha