Carta a los hogares 2026-2027

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Escuelas Públicas del Condado de Stafford ofrece comidas saludables cada día escolar. El desayuno estudiantil tiene un costo de $1.65 y el almuerzo, $ ($2.95 primaria), ($3.05 intermedia), and ($3.15 escuela secundaria). Sus hijos pueden calificar para recibir desayunos o almuerzos gratuitos o a un precio reducido. El desayuno a un precio reducido tiene un costo de $ .30 y el almuerzo, $ .40. Para el año escolar 2026-2027, el costo de las comidas a un precio reducido se eximirá. Por lo tanto, los estudiantes aprobados para recibir estas comidas no tendrán que pagar. Todas las familias son animadas a completar la aplicación a https://www.schoolcafe.com/SCPS-Nutrition.

Todas las comidas que se sirven deben cumplir con los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura de los EE. UU. No obstante, si un médico determina la discapacidad de un estudiante que le impide ingerir la comida escolar habitual, la escuela hará sustituciones conforme a lo indicado por el profesional. Si el médico indica la necesidad de una sustitución, no se cobrará ningún cargo adicional por la comida. Si el estudiante necesita sustituciones debido a una discapacidad, contáctese con Servicios de Nutrición al (540) 654-9040 para obtener más información.

Todos los niños que integran hogares beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Programa de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los niños en adopción temporal que son la responsabilidad legal de una agencia de cuidado tutelar o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los estudiantes que son elegibles para Medicaid también pueden serlo para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido según el ingreso familiar. Los niños que son parte de hogares que participan en el Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) también pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido según el ingreso familiar. Si su ingreso familiar total es inferior a las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos, como se muestra en la siguiente tabla, sus hijos pueden obtener comidas gratuitas o a un precio reducido. La solicitud para sus hijos del año escolar anterior solo sirve para los primeros días del año escolar en curso. Debe enviar una solicitud nueva para cada año escolar.

PAUTAS FEDERALES DE INGRESOS: Sus hijos pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido si su ingreso familiar se encuentra dentro de los límites que figuran en la tabla de las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos que se muestra a continuación.

TABLA DE INGRESOS
Para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido
Con vigencia a partir del 07/01/2026 al 06/30/2027

Tamaño del Hogar	**Anual**	**Mensual**	**Semanal**
1	29,526	2,461	568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	972
4	61,050	5,088	1,175
5	71,558	5,964	1,377
6	82,066	6,839	1,579
7	92,574	7,715	1,781
8	103,082	8,591	1,983
Por cada miembro adicional de la Familia, agregue	10,508	876	203

CÓMO ENVIAR LA SOLICITUD: A partir del 1.º de julio, los hogares beneficiarios de SNAP o TANF para sus hijos no deberán completar una solicitud. Los funcionarios escolares le notificarán por escrito sobre la elegibilidad de sus hijos para recibir los beneficios de comidas gratuitas. Una vez que reciba la notificación, sus hijos recibirán comidas gratuitas, a menos que usted le informe a la escuela que no desea estos beneficios. Si no recibe la notificación antes del 31 de Julia 2026, debe enviar una solicitud. La solicitud debe contener los nombres de todos los estudiantes en el hogar, el número de caso de SNAP o TANF y la firma de un integrante adulto del hogar.

Si no recibe beneficios de SNAP o TANF para sus hijos, complete la solicitud y envíela a la división escolar. Si no indica un número de caso de SNAP o TANF para los niños objeto de la solicitud, esta deberá contener los nombres de todos los estudiantes, los nombres de todos los demás integrantes del hogar, el monto del ingreso de cada persona percibido el mes anterior y la frecuencia con la que se percibió el ingreso. Un integrante adulto del hogar debe firmar la solicitud e incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social. Si la persona no tiene un número de Seguro Social, debe marcar la casilla proporcionada para indicar que no tiene uno. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido.

Si su solicitud está destinada a un niño en adopción temporal, que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o de un tribunal, es posible que no necesite presentar una solicitud. Contáctese con (funcionario encargado de aprobar las solicitudes) al (número de teléfono) para obtener más información. Si su solicitud está destinada a un niño indigente, inmigrante o que escapó de su hogar, es posible que no necesite presentar una solicitud. Contáctese con (intermediario para indigentes) al (número de teléfono) para obtener más información.

No se puede aprobar una solicitud incompleta. Una solicitud sin firma no está completa. Debe enviar una solicitud nueva cada año escolar.

OTROS BENEFICIOS: Sus hijos pueden ser elegibles para recibir otros beneficios, tales como el programa de seguro médico infantil de Virginia denominado Acceso Familiar a un Seguro Médico (FAMIS) o Medicaid. La ley permite que la división escolar comparta su información de elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido con Medicaid y FAMIS. Estos programas solo pueden usar la información para identificar niños que puedan ser elegibles para recibir un seguro de salud gratuito o a un bajo costo y para inscribirlos en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no tienen permitido usar la información de su solicitud para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido para ningún otro fin. Los funcionarios de Medicaid o con FAMIS pueden contactarse con usted para obtener más información. No tiene la obligación de darnos su permiso para compartir esta información con Medicaid o con el programa FAMIS. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido. Si no desea que compartamos su información, marque la casilla adecuada en la Sección 6 de la solicitud. Puede calificar para recibir otros programas de asistencia. Para conocer cómo presentar una solicitud para el programa SNAP u otros programas asistenciales, contáctese con la oficina local de servicios sociales en su área.

CONFIDENCIALIDAD Y NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN: Los funcionarios escolares utilizan la información que aparece en la solicitud para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido y para verificar la elegibilidad. Con la autorización de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar, la división de escuelas puede poner al corriente a los funcionarios vinculados a otros programas de nutrición, salud y educación para niños de la información que aparece en su solicitud a fin de determinar los beneficios para esos programas o con fines de financiamiento o evaluación.

VERIFICACIÓN: Los funcionarios escolares pueden verificar su elegibilidad en cualquier momento del año escolar. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe información para validar que sus hijos deben recibir comidas gratuitas o a un precio reducido.

AUDIENCIA IMPARCIAL: Si no está de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablarlo con los funcionarios de la oficina de nutrición escolar al número de teléfono que figura a continuación. Si desea revisar la decisión final sobre su solicitud, también tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia por teléfono o por escrito al siguiente funcionario: Chris Fulmer, 31 Stafford Ave, Stafford, VA 22554, (540) 658-6600.

SOLICITUD NUEVA: Puede enviar una solicitud nueva para recibir comidas gratuitas y a un precio reducido en cualquier momento del año escolar. Si no es elegible ahora, pero su situación cambia, por ejemplo, disminuye el ingreso familiar, aumenta el número de integrantes en el hogar, pierde el empleo o consigue los beneficios de SNAP o TANF para sus hijos, complete una solicitud en ese momento.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, por favor contacte a Servicios de Nutrición al (540) 654-9040. Devuelva la solicitud completa y firmada a la escuela de su hijo o a Servicios de Nutrición en 42 Blackjack Rd. Suite 101, Fredericksburg, VA 22405

Se le notificará cuando se apruebe o rechace la solicitud para sus hijos.

Atentamente,

Brian K. Williams, Executive Director of Nutrition Services

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles, y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluso identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias, por actividades de derechos civiles anteriores.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (p. ej., Braille, tamaño de letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben contactarse con el organismo local o estatal responsable de administrar el programa o el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (llamadas de voz y TTY), o deben contactarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339.

Si desea poner una queja por discriminación en el programa, rellene el Formulario de Quejas por Discriminación (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, que se encuentra en línea en el apartado "Cómo poner una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint); el formulario también puede encontrarlo en cualquier oficina de la USDA o bien escriba una carta dirigida al USDA mencionando en dicho documento toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario rellenado o carta al USDA mediante: (1) Correo postal: 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; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA ofrece igualdad de oportunidades como empleador y entidad prestataria.

Stafford County Public Schools
Inspire | Empower | Excel

2026-2027 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO
COMPLETE *UNA SOLICITUD* POR HOGAR

Sólo Para Uso de Oficina

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA**
1							☐
2							☐
3							☐
4							☐
5							☐
6							☐

**** Si esta solicitud es para un Hijo de Crianza y es la responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque el bloque y salte a la Parte 5. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, complete Parte 2 o salte a la Parte 4 si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.**

Parte 2. SNAP or TANF: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

Nombre: **Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT):** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **(Número de caso es de 7-12 dígitos)**

Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.
Sin Hogar ❑ Emigrante ❑ Abandonó su Hogar ❑ **Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.**

Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.

Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba **cada cuánto tiempo** se recibe esa cantidad, por ejemplo:
(S) = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba) No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2	**Edad**	**Ingresos por Trabajo ANTES de Las Deducciones** Pagos, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo o ingresos por ser propietario de un negocio.		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio.	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos.	**Otros Ingresos** Beneficios por discapacidad, efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios / fideicomiso/ inversiones, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidades/ ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso.
		Trabajo 1	Trabajo 2			
		Cantidad/ Frecuencia	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**
EXAMPLE: *Jane Doe*	*32*	$ 18,000 / 2M	$ 0 /	$ 0 /	$ 0 /	$ 0 /
1.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
2.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
3.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
4.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
5.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
6.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
7.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
8.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos) ☐☐						

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta
***Marque una Identidad étnica*:** ☐ hispano o latino ☐ No hispano o latino
Marque una o más de las Identidades raciales: *(sin importar la identidad étnica)*
❑ Asiático ❑ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ❑ De raza negra o Afro-Americano ❑ Blanco ❑ Hawaiano o de otra isla del Pacífico

Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico: Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en ingles). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
☐NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

Parte 6b OTROS: Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. **SÍ**, doy permiso para que la información contenida en esta solicitud se utilice solo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.
☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se han divulgado. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XXX-XX-☐☐☐☐ ☐ **No tengo número de Seguro Social** SIGN HERE

Los 4 números ultimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud **Firma del adulto que reside en el hogar** **Fecha**

Dirección postal: **Teléfono del hogar:**
Código postal: **Teléfono del trabajo:**

DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY
Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12

TOTAL INCOME/HOW OFTEN: $_____/____ HOUSEHOLD SIZE _____ ☐ SNAP ☐TANF ☐Foster Child
☐Approved Free ☐Approved Reduced ☐Other: _____
☐Denied Reason: ☐Income Too High ☐Incomplete Application

Date Approval/Denial Notice Sent To Household: Signature of Approving Official:
Transferred/Withdrawn Date: **Transferred To:**
VERIFICATION SUMMARY: Date Selected: Date of Confirmation Review: Reviewer's Initials: Confirmation Result:
Date Response Due: Date of 2nd Notice: Date Verification Results Notice Sent:
Verification Results: ☐No Change ☐Free to Reduced ☐Free to Paid ☐Reduced to Free ☐Reduced to Paid
Reason for Change: ☐Income ☐Household Size ☐Refused to Cooperate ☐SNAP/TANF Eligibility
Date: Verifying Official's Signature:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene **una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela** y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolaro en el correo a 42 Blackjack Road Suite 101 Fredericksburg, VA 22405. Llame a la escuela a (540)654-9040 si necesita ayuda. **NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA ANO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.**

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NINO O ADULTO QUE VIVE CON USTED EN SU HOGAR.

SI UN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.
Parte 2: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.
Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. .
Parte 4: Conteste estas preguntas.
Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.
Parte 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
Part 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES Emigrante, Abandonó su Hogar O NO TIENE HOGAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.
Parte 2: Salte esta parte.
Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. .
Parte 4: Conteste estas preguntas.
Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.
Parte 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
Part 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

SI ESTA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DE CRIANZA Y ES LA RESPONSABILIDAD DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O UNA CORTE, MARQUE EL BLOQUE Y SALTE A LA PARTE 5. SI HAY OTROS ESTUDIANTES EN EL HOGAR QUE NO SON HIJOS DE CRIANZA, COMPLETE PARTE 2 O SALTE A LA PARTE 4 SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza:
Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.
Partes 2, 3 y 4: Salte estas partes.
Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.
Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.
Si más de un niño en su hogar son hijos de crianza y otros niños en su hogar no son hijos de crianza:
Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.
Parte 2: Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.
Parte 3: Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.
Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- **Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero-semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en ingles), y beneficios del veterano (VA según las siglas en ingles). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si estás en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.
Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.
Parte 2: Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.
Parte 3: Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.
Parte 4: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- **Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- **Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero-semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en ingles), y beneficios del veterano (VA según las siglas en ingles). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si estás en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.
Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Asistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas

De conformidad con la Ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o amonestaciones por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos administrativos y los plazos para presentar reclamaciones varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, lenguaje Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Asimismo, la información del programa está disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Si desea poner una queja por discriminación en el programa, rellene el Formulario de Quejas por Discriminación (USDA Program Discrimination Complaint Form) AD-3027, que se encuentra en este sitio de internet: "Cómo poner una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint); el formulario también puede encontrarlo en cualquier oficina del USDA o bien escriba una carta dirigida al USDA mencionando en dicho documento toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario rellenado o carta al USDA mediante: (1) Correo postal: 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; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA ofrece igualdad de oportunidades como empleador y entidad prestataria.