# 2026/2027 SY HUSD Solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

## PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar

(si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de **Miembro del Hogar**: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

**Niños adoptivos temporales (Foster)** y niños que cumplen con la definición de **Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea **"Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido"**.

| Primer Nombre del Niño | IM | Apellido del Niño | HUSD escuela donde asiste el niño o "N/A" si no es un estudiante HUSD | Casilla de verificación si el niño es un hijo de crianza y vaya al Paso 4 | Foster Child | Homeless, Migrant, Runaway | Si el niño es sin hogar, emigrante o abandono, por favor llame al 928-759-5104 HUSD Recursos para la Familia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |
| | | | | | ☐ | ☐ | |

## PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? *** NO Número de AHCCCS

**SÍ** >Verifique qué programa y escriba un número de caso en la casilla provista, luego vaya al PASO 4
**NO** > Complete PASO 3.

☐ **SNAP** ☐ **TANF** ☐ **FDPIR**

****Los números de EBT NO califican****

**No. de Caso:**

## PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2)

¿No está seguro de lo El ingreso de incluir en esta lista?

Voltear a la parte posterior de esta aplicación y revisión las listas tituladas "Fuentes de resultados "para obtener más información.

Las "fuentes de ingresos para los niños" carta le ayudarán con la Sección de Ingreso del niño.

Las "fuentes de ingresos para adultos" carta le ayudarán con los miembros del hogar Sección ingresos de los adultos.

### A. Ingreso del Niño

A veces los niños en el hogar ganan ingresos.
Incluya el ingreso GRUESO TOTAL ganado por todos los NIÑOS que figuran en el PASO 1 aquí

Ingreso del niño $ ____ ¿Con qué frecuencia? semana ○ quincenal ○ 2x mes ○ 1x mes

### B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) **sin importar si reciben o no ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

| Nombres y apellidos de los adultos del hogar | El resultado bruto de trabajo | ¿Con qué frecuencia? | Asistencia pública/ manutención de menores o pension matrimonial | ¿Con qué frecuencia? | Pension/Jubilacion/ otros ingresos | ¿Con qué frecuencia? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | semana ○ quincenal ○ 2x mes ○ 1x mes | $ | semana ○ quincenal ○ 2x mes ○ 1x mes | $ | semana ○ quincenal ○ 2x mes ○ 1x mes |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |

**C. Miembros de la Familia totales (Todos los niños y adultos)** ☐

**Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar** X X X X X ☐☐☐☐

**Indique si no hay SSN** ☐

## PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

**Firma** del adulto que llenó el formulario

Fecha de hoy

Nombre impreso si es adulto completando el formulario

Teléfono (opcional)

Calle y número de casa (si está disponible) Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

### USO DE OFICINA

❑Error-Prone

**Eligibility: Free**_____ **Reduced**_____ **Denied**_____

**Determining Official's Signature:** _____ **Date:** _____

❑**Case # Application** ❑**Foster Application** ❑**Directly Certified: Date of Disregard**: _____
❑**Income Application** ❑**Homeless/Migrant/Runaway**

Household Size: _____

Total Income: _____ Per: ❑Week ❑Bi-Weekly (Every 2 Weeks) ❑2x Month ❑Monthly ❑Annual

❑ **Selected For Verification:** Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

## INSTRUCCIONES Guías de Ingresos

### Guía de Ingresos Para Niños

| Tipo de ingreso | Ejemplos |
|---|---|
| Ingresos de empleo | Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario. |
| Seguro Social:<br>-Pagos de discapacitación<br><br>-Beneficios de Sobrevivientes | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social. Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social. |
| Ingresos de personas fuera del hogar | Un amigo o miembro de la familia extendida que *regularmente* le da dinero para gastar a un niño. |
| Ingresos de cualquier otro origen | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso. |

### Guía de Ingresos Para Adultos

| Ingresos de Empleo | Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial | Pensiones/Retiro/Otros Ingresos |
|---|---|---|
| - Sueldos, salarios, bonos en efectivo<br>- El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)<br>**Si usted está en el militar EE.UU.:**<br>- Sueldo básico y bonos en efectivo *(no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados)*<br>-Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa | - Beneficios de desempleo<br>- Compensación del trabajador<br>- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)<br>- Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local<br>- Pagos de pensión matrimonial<br>- Pagos de manutención<br>- Beneficios de veteranos<br>- Beneficios de huelga<br>-Adopcion subsidios / pagos de asistencia | - Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)<br>- Pensiones privadas o de discapacidad<br>-Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones<br>- Anualidades<br>- Ingreso de inversión<br>- Interés ganado<br>- Ingresos de alquiler<br>- Pagos en efectivo regulares fuera del hogar |

## OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque Uno):** ☐Hispano o Latino ☐No Hispano o Latino

**Raza (Marque uno o más):** ☐Indio Americano o Nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o Africano Americano ☐Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur ☐Blanco

## Consentimiento para compartir información con los programas de HUSD

Si califica para recibir comidas gratis oa precio reducido, podría obtener algunas tarifas escolares reducidas.
Debemos tener su permiso para compartir información de elegibilidad con los programas de HUSD basados en cuotas / deportes / pruebas de nivel de escuela secundaria.
Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis oa precio reducido.

☐ SÍ! QUIERO que se comparta mi información de elegibilidad con los programas / deportes basados en cuotas de HUSD / exámenes de nivel de escuela secundaria.

☐ NO! NO QUIERO que se comparta mi información de elegibilidad con los programas / deportes basados en cuotas de HUSD / exámenes de nivel de escuela secundaria.

Si marcó sí más arriba, complete la información a continuación.

Nombre del niño_____ escuela_____

Nombre del niño_____ escuela_____

Nombre del niño_____ escuela_____

Nombre del niño_____ escuela_____

Firma del padre / tutor_____

Nombre impreso_____Fecha_____

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitación para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas 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), se prohíbe al USDA, a sus agencias, oficinas y empleados, así como a las instituciones que participan en o administran programas del USDA, discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos disponibles y los plazos para presentar una queja 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, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas americano, 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 (TRS) llamando al 711 (voz y TTY). 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 en Programas del USDA (AD-3027), disponible en línea en "How to File a Program Discrimination Complaint" (Cómo presentar una queja por discriminación en programas) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya 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 a través de: (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 es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

**Para obtener más información, puede llamar a Denise Vaughn al (928) 759-5013 or Email: denise.vaughn@humboldtunified.com**
**Envíe este formulario a: la escuela de su hijo o la oficina del distrito de Nutrición Infantil HUSD ubicado en 6901 E Bear Path Prescott Valley AZ 86314**