Solicitud multiuso de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

26-27

Devuélvala a:

Argyle ISD
6701 Canyon Falls Dr, Flower Mound, Texas 76226

o Presente su solicitud en línea: *www.schoolcafe.com/argyleisd*

PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.

Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Definición de **Miembro del hogar**: "Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. "

Los niños **temporalmente adoptados** (foster), niños que satisfacen la definición de **migrantes**, **sin hogar,** (homeless), o **fugitivo**, (runaway) son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño/a	inicial del segudo nombre	**Apellido(s) del niño/a**	**¿Estudiante?** Sí	No	**Grado**	Marque todas las opciones que correspondan. Head Start	Foster Child	Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3. **YES** → Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, *n/a para FDPIR*) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3)

Número de EDG _____

PASO 3 Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Paso 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó lasolicitud: XXX- XX- _____ Marque aquí si no tiene un SSN ☐

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar *(incluya a usted mismo)*

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar. *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Nombre del Adulto *(primer y apellido)*	**Sueldo de Trabajo**	**Frecuencia** W	E	T	M	A	**Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia**	**Frecuencia** W	E	T	M	A	**Pensiones/jubilación/ seguridad social/SSI/ beneficios de la VA/ todos otros ingresos**	**Frecuencia** W	E	T	M	A
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1. *Si corresponde, incluya los ingresos de los niños adicionales enumerados en la página 2. La conversión de frecuencia de ingresos está en la página 2.*

Totales ingresos de los Niños $ _____ Frecuencia W ○ E ○ T ○ M ○ A ○

D. Total de los miembros del hogar

(los niños y adultos) _____

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección postal (si está disponible) _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono y correo electrónico (opcional) _____

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario _____ Firma del adulto _____ Fecha de hoy _____

Updated August 27, 2024

PASO 5 *(opcional)* Compartir información con otros programas

Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Por favor, circule uno de los programas o beneficios de la lista siguiente si desea recibir información de esta aplicación. Completar esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos de recibir comidas gratis o precio reducido de comidas.

Argyle ISD Athletics & Testing

NOMBRES ADICIONALES

Liste los **ninos** adicionales del Hogar, sin liste en Paso

El primer nombre del niño/a	inicial del segudo nombre	Apellido(s) del niño/a	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Grado	Marque todas las opciones que correspondan. Head Start	Foster Child	Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐
			○	○		☐	☐	☐

Liste los **adultos** adicionales del hogar, sin liste en Paso 3. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente.

Nombre del Adulto *(primer y apellido)*	Sueldo de Trabajo	Frecuencia W	E	T	M	A	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia	Frecuencia W	E	T	M	A	Pensiones/jubilación/ seguridad social / SSI/ beneficios del VA/ todos otros ingresos	Frecuencia W	E	T	M	A
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

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), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con 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.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) Correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electronico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NO LLENAR. *Solo para uso de la escuela.*

Annual Income Conversion: weekly x 52, every two weeks x 26, twice a month x 24, monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Date Received ☐ Date Withdrawn ☐

Household Size ☐ **Total Income** ☐ **Frequency** W ○ E ○ T ○ M ○ A ○

Reviewing/Determining Official's Signature ☐ **Date** ☐

Categorical Determination ☐ **Eligibility** Free ○ Reduced ○ Denied ○

Confirming Official's Signature ☐ **Date** ☐

Updated August 27, 2024