Mingus Union High School District #4: 26-27 Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

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

PASO 1 Liste a TODOS los bebes, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

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	Marque todas las que aplican: Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugado
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

PASO 2 Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con circulo: Si / No

Si contesto NO > Complete PASO 3. **Si contesto SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero de Caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

¿No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?

Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.

La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño $ ____ Con que frecuencia? Semana ☐ Quincena ☐ 2x mes ☐ 1x mes ☐

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

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar	BRUTOS Ingresos Del empleo	Con que frecuencia? Semana / Quincena / 2x mes / 1x mes	Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial	Con que frecuencia? Semana / Quincena / 2x mes / 1x mes	Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos	Con que frecuencia? Semana / Quincena / 2x mes / 1x mes
	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐
	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐
	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐
	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐	$	☐ ☐ ☐ ☐

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos) ____

Últimos cuatro dígitos del numero de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar X X X X X ____

Indique si no hay SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto Una vez completado, devuélvalo al Departamento de Servicios de Nutrición o envíelo por correo electrónico a: clomeli@muhs.com

"Yo 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 y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Firma del adulto que lleno el formulario ____ Fecha de hoy ____

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde): ____ Teléfono y Correo Electrónico (opcional) ____

Calle y número de casa (si está disponible) ____ No. de Apartamento ____ Ciudad ____ Estado ____ Código Postal ____

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ ❑Error Prone

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

❑**Case # Application** ❑**Foster Application** ❑**Directly Certified: Date of Disregard**: _____

❑**Income Application** ❑ **Homeless/Migrante/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: -Pagos de discapacitación	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.
-Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.
Ingresos de personas <u>fuera</u> 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 - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) **Si usted está en el militar EE.UU.:** - Sueldo básico y bonos en efectivo *(no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados)* -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local - Pagos de pensión matrimonial - Pagos de manutención - Beneficios de veteranos - Beneficios de huelga	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) - Pensiones privadas o de discapacidad -Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Interés ganado - Ingresos de alquiler - 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

---

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 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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), 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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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:

correo postal: *U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights*
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o´

fax: (*833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; o´*

correo electrico: *program.intake@usda.gov.*