

Distrito Escolar de Snoqualmie**Solicita online:** <https://www2.nwrdc.wa-k12.net/scripts/cgiip.exe/WService=wsnoquas71/seplog01.wa>**F (SOLO USO EN OFICINA) R****Complete, firme y devuelva esta solicitud a:** Su escuela, Oficina de Servicios de Alimentación SVSD at-8001 Silvia Ave SE Snoqualmie, Wa 98065 Atención: Heidi LeMoine**2026-27** _____

Esta solicitud puede calificarte para: beneficios de comida, beneficios SUN Bucks (si estás matriculado en una escuela NSLP/SBP), reducción de tasas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar financiación para tu distrito escolar. Si tu(s) hijo(s) está matriculado en una escuela de la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o en la Disposición 2, completar esta solicitud no afectará tu elegibilidad para recibir comidas sin coste adicional.

Comprueba aquí si recibiste beneficios de comida el año pasado: ☐ **Consulta aquí si NO deseas recibir prestaciones o proporcionar información sobre ingresos:** ☐

1. Lista **Todos los estudiantes** Viviendo contigo que vas a la escuela. Si el estudiante está en acogida, está sin hogar o recibe servicios de educación para migrantes, indica esto colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluye cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y pon una "x" en la casilla correcta indicando la frecuencia con la que se recibe. ☐ **Sin hogar** ☐ **Migrante**

Apellido del estudiante	Nombre de pila del estudiante	MI	Foster	Fecha de nacimiento*	Colegio*	Calificación*	IngresosEstudiantes	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 ayuda, por favor escriba un número de caso. Si no, ve al Paso 3.

☐ Alimentación básica ☐ TANF ☐ Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) **Número de caso** _____

3. Haz una lista de los nombres de todos los demás miembros del hogar: introduce ingresos (en dólares enteros) y **COMPRUEBA** con qué frecuencia se reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si introduces 0 o dejas en blanco las secciones de ingresos, prometes que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluir a los estudiantes mencionados arriba)	Foster	Ingresos por el trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Asistencia Pública/Manutención Infantil/ Pensión Alimenticia	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual	¿Algún otro ingreso que no esté ya listado?	Semanal	Quincenal	2 X Mes	Mensual
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. Total de miembros del hogar (incluyendo a todas las personas que viven en tu hogar): Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN) de Comprueba si no hay número de la Seguridad Social: ☐

(el total indicado debe ser igual al número de miembros del hogar mencionados arriba) **Principal asalariado u otro miembro del hogar** (Opcional si solo solicitas el EBT de verano)

5. Información de contacto y firma – **Complete, firme y devuelva esta solicitud a:** Su escuela, Oficina de Servicios de Alimentación

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veracífica, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios SUN Bucks a través de otro Estado o Organización Tribal India (si procede). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de prestaciones federales o estatales y que los responsables escolares pueden verificar (comprobar) la información. **Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y podría ser procesado bajo las leyes penales estatales y federales aplicables.**

Nombre impreso del miembro adulto del hogar

Firma de un miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico*

Dirección postal**

Ciudad, Estado y código postal**

Teléfono diurno*

Fecha

*Estos campos son solo informativos y no son obligatorios.

****Este campo es opcional; sin embargo, la dirección postal proporcionada ayudará a determinar a dónde deben enviarse las tarjetas de comunicación y SUN Bucks (según corresponda).**

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional) – Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de nuestro hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de nuestro hijo o hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

Marca una o más identidades raciales:

☐

Indio americano o nativo de Alaska

☐

Asiático

☐

Negro o afroamericano

☐

Hawaiano nativo u otros isleños del Pacífico

☐

Blanco

Marca una identidad étnica:

☐

Hispano o latino

☐

No hispana ni latina

Elegibilidad para la nutrición infantil: El Richard B. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares de Russell exige la información incluida en esta solicitud. No tienes que dar la información, pero si no lo haces, no podemos aprobar a tu hijo para comidas gratuitas ni a precio reducido. Debes incluir los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social cuando solicitas en nombre de un niño en acogida o cuando mencionas un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Alimentos Básicos), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para tu hijo, o cuando indiques que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir tu información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios de seguridad para ayudarles a investigar infracciones de las normas del programa.

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

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Signos Americana) deben contactar con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación de programa, un Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación de Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una supuesta violación de los derechos civiles.

El formulario o carta AD-3027 completado debe ser enviado al USDA mediante:

1. **correo:**

Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Secretario Adjunto para los Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

2. **fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. **Correo electrónico:**

Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar del Valle de Snoqualmie: El Distrito Escolar del Valle de Snoqualmie cumple con todas las leyes y regulaciones federales y estatales y 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 o animal de servicio adiestrado, y proporciona acceso igualitario a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Esto se aplica a todos los empleos del distrito y a las oportunidades estudiantiles. Las consultas sobre el cumplimiento y/o los procedimientos de reclamación pueden dirigirse al Oficial del Título IX/RCW 28A.640 del distrito escolar, al Coordinador de la Sección 504/ADA y al Coordinador de Cumplimiento de Derechos Civiles, Nicole Fitch, P.O. Box 400, Snoqualmie, WA 98065, o por teléfono al 425-831-8015.

CONVERSIÓN ANUAL DE INGRESOS: Semanal x 52; Quincenal x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12.

(Do **NO** convertir en ingresos anuales a menos que el hogar informe varias frecuencias de pago).

APROBACIÓN DE LA INCLINACIÓN: ☐ Alimentación

básica/TANF/FDPIR/Acogida

☐

Hogar con ingresos

Tamaño total del hogar

Ingreso total del hogar

\$ _____

Semanal

☐

Quincenal

☐

2 veces al mes

☐

Mensual

☐

Anual

☐

SOLICITUD APROBADA PARA: ☐ Elegible gratuito

☐

Elegibles para precio

reducido

SOLICITUD DENEGADA PORQUE:

☐

Ingreso por encima de la cantidad permitida

☐

Otros: _____

☐

Información incompleta/faltante

Fecha de envío del aviso

Firma del funcionario aprobatorio

Fecha

Número de ID de la Solicitud