

Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido 2026-2027

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

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: <https://huntington.familyportal.cloud/>  
DEVUÉLVALA A: HCCS Food Service  
DIRECCIÓN: 450 MacGahan St., Huntington, IN 46750

Las instrucciones para cada paso, incluidos ejemplos de ingreso se pueden encontrar en la Carta e Instrucciones para Padres.

**PASO 1** Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no  $\diamond$ enen parentesco con usted y viven en su hogar.

| El primer nombre del niño/a | MI Inicial | Apellido(s) del niño/a | Grado | Marque todas las opciones con correspondan | Foster Child             | Migrante                 | Huyó del hogar           | Sin hogar                | Solo para Estudiantes | Nombre de la Escuela | Fecha de Nacimiento | ¿Vive con un padre o pariente cuidador? |                          |
|-----------------------------|------------|------------------------|-------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
|                             |            |                        |       |                                            | Si                       | No                       |                          |                          |                       |                      |                     |                                         |                          |
|                             |            |                        |       |                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |                      |                     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
|                             |            |                        |       |                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |                      |                     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
|                             |            |                        |       |                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |                      |                     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
|                             |            |                        |       |                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |                      |                     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |

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

NO ☐ → Con→núe al PASO 3.

Sí ☐ → Escriba el número de caso aquí y con→núe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]. Escriba solo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con qué frecuencia se reciben? |                          |                          |                          |                          | Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención | ¿Con qué frecuencia se reciben? |                          |                          |                          |                          | Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia se reciben? |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                              |                      | Semanal mente                   | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensual mente            | Anualme nte              |                                                      | Semanal mente                   | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensual mente            | Anualme nte              |                                                                                                                                                                                                                    | Semanal mente                   | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensual mente            | Anualme nte              |
|                                                              | \$                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                              | \$                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                              | \$                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                              | \$                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no  $\rightarrow$ ene número de Seguro Social: ☐

**B. Ingresos de los niño/as**  
A veces los niño/as del hogar  $\diamond$ enen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

| Ingresos de los niño/as | ¿Con qué frecuencia se reciben? |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | Semanalmente                    | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensualmente             | Anualmente               |
| \$                      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: HCCS Food Service, 450 MacGahan St., Huntington, IN 46750

"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".

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

**OPCIONAL**    **Iden◆dades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.**

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garan◆zar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): ☐ Hispano o laH no (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)

☐ Ni hispano ni laH no

Raza (marque una o más opciones): ☐ Indígena americano o naH vo de Alaska    ☐ AsiáH co    ☐ Negro o afroamericano    ☐ NaH vo de Hawái o de otras islas del Pacífico    ☐ Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. \*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

|                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                                |                          |                                  |             |             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|--|
| <b>NO LLENAR</b> Solo para uso de la escuela.                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                                |                          |                                  |             |             |  |
| Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 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. |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                                |                          |                                  |             |             |  |
| Total Income:                                                                                                                                                                                  | How o◆en received?       |                          |                          |                          |                          | Household Size: | Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> | Eligibility Determina◆on       |                          |                                  | <div></div> | <div></div> |  |
|                                                                                                                                                                                                | Weekly                   | Every 2 Weeks            | 2x Month                 | Monthly                  | Annual                   |                 |                                                  | Free                           | Reduced                  | Denied                           |             |             |  |
|                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |             |             |  |
| For use at verifica◆on                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                                |                          | Determining Official's Signature |             | Date        |  |
| <div></div>                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | <div></div>     |                                                  | <div></div>                    |                          |                                  |             | <div></div> |  |
| Confirming Official's Signature                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          | Date            |                                                  | Verifying Official's Signature |                          |                                  |             | Date        |  |

**Declaración sobre el uso de la información**

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que u◆licemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educaH vos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro úH mos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no H ene este número, seleccione la caja al lado de “Marque si no H ene número de Seguro Social”. Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia

Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin co para un Foster child y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a**

**La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.**

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.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o  
Correo electrónico: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

**\* No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades