

Date Withdrew _____

F _____ R _____ D _____

2026-2027 Solicitud para comidas escolares/leche gratuitas o a precio reducido

Las escuelas deben establecer la elegibilidad para comidas gratuitas y a precio reducido al ofrecer comidas sin costo. Complete la solicitud de comidas gratuitas y a precio reducido para su(s) hijo(s), luego firme y **devuélvalo a la dirección que aparece a continuación**. Si necesita ayuda llame al **914-630-3010**. Puede incluir nombres adicionales en una hoja aparte.

Regresar aplicacion completa a:

Harrison Central School District
Business office
 50 Union Avenue
 Harrison, NY 10528

1. Enliste a todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor	Niño de crianza	Sin hogar Migrante, Fugitivo
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. Beneficios SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR, indique nombre y número de CASO aquí. **Vaya a la Parte 4 y firme la solicitud.**

Nombre: _____ CASO #: _____

3. Informe todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si completó el paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluido usted y todos los niños que tengan ingresos).

Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el Paso 1 (incluido usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar listado, indicar si recibe ingresos, declare el total de ingresos de cada fuente solo en dólares. Si no recibe ingresos de ninguna otra fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

Nombre del miembro del hogar	<i>Ganancias del trabajo antes de deducciones</i> Cantidad / Frecuencia	<i>Manutención de los hijos, pension alimenticia</i> Cantidad / Frecuencia	Pensión, pago de jubilación Cantidad / Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad social Cantidad / Frecuencia	Sin Ingreso
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

Total miembros del hogar (Niños y adultos)

*Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX-__ __ __ __

 Yo no tengo
 número de
 SS# ☐

*Al completar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SS#) o marcar la casilla "No tengo un SS#" antes de que se pueda aprobar la solicitud.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada.

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que se declaran todos mis ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios escolares pueden verificar la información y, si proporciono información falsa a propósito, podría ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos podrían perder los beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Dirección de casa: _____

5. La etnia y la raza son opcionales; responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnia: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o LatinoRaza (Marque uno o más): ☐ Indio Americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras isla del Pacífico ☐ Blanco**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY****Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)****Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12**☐ SNAP/TANF/Foster☐ Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals☐ Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES PARA APLICACIÓN

Para solicitar la elegibilidad para la alimentación gratuita o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a la Oficina Administrativa del Distrito Escolar Central de Harrison, 50 Union Avenue, Harrison, NY 10528. Si tiene un hijo de acogida en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No necesita una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda. Asegúrese de proporcionar toda la información. De lo contrario, podrían denegar los beneficios a su hijo o retrasar innecesariamente la aprobación de su solicitud.

PARTE 1. TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Anote los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para quienes está presentando la solicitud en una sola solicitud.
- (2) Enumere el grado y la escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar que hay un niño de crianza temporal que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de persona sin hogar, inmigrante o fugitivo (un miembro del personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2. LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDIPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique el número de caso actual de SNAP, TANF o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. SALTE LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si incluye un número de caso de SNAP, TANF o FDIPIR.

PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, independientemente de si reciben ingresos. Incluya su nombre, el de los hijos por los que solicita, el de todos los demás hijos, su cónyuge, sus abuelos y otras personas relacionadas y no relacionados **en su hogar**. Use otra hoja si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos o cualquier otra deducción, e indique su procedencia, como salarios, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona. **Indique la frecuencia con la que recibe este ingreso: semanal, quincenal, 2 veces al mes, mensual. Si no recibe ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo la Subvención en Bloque para el Desarrollo y Cuidado Infantil, TANF y los Programas de Cuidado Infantil en Riesgo no se considerarán como ingresos para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en la casilla correspondiente. Esta cifra debe incluir a todos los adultos y niños del hogar y debe reflejar los miembros enumerados en las PARTES 1 y 3.
- (4) La solicitud debe incluir únicamente los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma **PORTE 4** si se completa la Parte 3. Si el adulto no tiene número de seguro social, marque la casilla. **Si incluyó un número de SNAP, TANF o FDIPIR, no es necesario un número de seguro social.**
- (5) **Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.**

OTROS BENEFICIOS: Su hijo podría ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los funcionarios del programa necesitan la información de su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito antes de divulgar cualquier información. Consulte la Carta de Divulgación y la Declaración de Consentimiento para padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

DECLARACIÓN DE USO DE LA INFORMACIÓN

Declaración de Uso de la Información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. No tiene la obligación de proporcionarla, pero si no la presenta toda, no podremos aprobar el acceso a comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del principal sustentador de la familia u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. No se requiere el número de Seguro Social si solicita en nombre de un niño de acogida, si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con auditores para revisiones de programas y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas en materia de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para acceder a la información del programa (p. ej., braille, letra grande, audiocasete, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría 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 el Programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **Correo:**
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; or
2. **fax:**
(202) 690-7442; or
3. **Correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, preste mucha atención a estos consejos útiles.

Número de caso SNAP/TANF/FDPIR: Este debe ser el número completo de caso válido que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y Letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte la carta que recibió del Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtenerlo

Niño de crianza: Un niño que vive con una familia, pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de bienestar social o del tribunal, puede figurar en su solicitud familiar. Indique los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solo los fondos proporcionados por la agencia que están identificados para uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o proveniente de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentación y cuidados, necesidades médicas y terapéuticas no son Ingresos considerados para el niño de crianza. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos para uso personal.

Hogar: Un grupo de personas emparentadas o no, que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros adultos de la familia: Todas las personas relacionadas y no relacionadas que tengan 21 años de edad o más y que vivan en su casa.

Financieramente independiente: Una persona es financieramente independiente y constituye una unidad económica/hogar independiente cuando sus ingresos y gastos no se comparten con la familia/hogar. Las unidades económicas independientes en una misma residencia se caracterizan por prorratear los gastos y ser económicamente independientes entre sí.

Ingresos brutos actuales: Dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de deducciones. Ejemplos de deducciones son los impuestos federales, estatales y del Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe incluir los ingresos de todos ellos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención infantil, etc.), debe incluir los ingresos de todas ellas. Solo los agricultores, trabajadores autónomos, trabajadores migrantes y otros trabajadores temporales pueden usar los ingresos de los últimos 12 meses declarados en sus formularios 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Salarios, sueldos, propinas, comisiones o ingresos por cuenta propia.
- Ingresos netos de la explotación agrícola: ventas brutas menos gastos únicamente, no pérdidas.
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social.
- Compensación por desempleo.
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor de SNAP).
- Pagos de asistencia pública.
- Asistencia para la adopción.
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Beneficios de Sobreviviente del Seguro Social.
- Pagos de pensión alimenticia o manutención de los hijos.
- Prestaciones por discapacidad, incluida la compensación laboral.
- Prestaciones de subsistencia para veteranos.
- Ingresos por intereses o dividendos.
- Efectivo retirado de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar las comidas de un niño.
- Otros ingresos en efectivo.

Exclusiones de ingresos: El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil (Subvención en Bloque) no debe considerarse como ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

La oficina administrativa del Distrito Escolar Central de Harrison

Número telefónico: 914-630-3010