2026–27 Aplicación de Elegibilidad de Nutrición Infantil y Beneficio Educativo – Distrito Escolar de Auburn

Spanish

Aplique en línea por medio de Acceso de Familias Skyward: https://www.q.wa-k12.net/auburn

Esta aplicación puede calificar para: beneficios de comidas, beneficios Verano/Summer EBT (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), cargos reducidos para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. El Distrito Escolar de Auburn (ASD) está participando en la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP); completar esta aplicación no impactará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Complete, firme y regrese esta aplicación a: ***ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001*** PH: ***253-931-4972*** Email: Childnutrition@auburn.wednet.edu

Marque si recibió beneficios alimentarios el año anterior: ☐ **Marque esta opción si NO quiere recibir beneficios ni proporcionar información sobre sus ingresos:** ☐

1. Nombre **todos los estudiantes** que vivan con usted que estén asistiendo a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza (Foster), sin hogar, o recibe servicios de educación para migrantes, indique marcando una "x" en la caja apropiada. Incluya ingresos personales recibidos por el estudiante y haga una "x" en la caja correcta para cada cuánto es recibido. ☐ **Sin Hogar** ☐ **Migrante**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	MI	Foster	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del Estudiante	Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

1. Si algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba le número del caso. Si no, vaya al Paso 3.

☐ Comida Básica ☐ TANF ☐ Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas(FDIPR) Número del Caso: _____

2. Enumero los nombres de otros miembros del hogar – Escriba sus ingresos (en dólares completos) y MARQUE cada cuánto es recibido. Si un miembro del hogar no recibe ingreso, escriba 0. Si escribe 0 o deja la sección en blanco, está prometiendo que no hay ingreso que reportar.

Nombre de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados arriba)	Foster	Ingresos por empleo (antes de deducciones)	Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual	Asistencia pública/ Manutención de menores/Pensión alimentaria	Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual	Pensiones/ Jubilaciones/ Seguridad Social (SSI)	Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Total de Miembros del Hogar (incluya todas las personas que vivan en el hogar): _____ **Opcional, 4 últimos dígitos del Número de Seguro Social (SSN)** _____ Marque No SSN: ☐

(El total debe ser igual al número de miembros listados arriba) (si no tiene Número de SSN)

5. Información de Contacto y Firma – Complete, firme y regrese esta aplicación a: ASD Child Nutrition Services | Email: Childnutrition@auburn.wednet.edu or School main office

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera, que todo ingreso está reportado, y que mi hogar no recibe beneficios Verano/SUN Bucks de un Estado u Organización Indígena Tribal diferente (si aplica). **Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado de conformidad con las leyes penales estatales y federales aplicables.**

Nombre de Adulto Miembro del Hogar _____ **Firma del Adulto Miembro del Hogar** _____ **Dirección de E-mail** _____

Dirección postal _____ **Ciudad, Estado & Zip** _____ **Teléfono** _____ **Fecha** _____

5. Identidad Racial y Étnica del Niño (Opcional) – Estamos requeridos a pedir información acerca de la raza y etnicidad de su hijo. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos que estamos sirviendo la comunidad a cabalidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo para comidas gratis y de precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Nativo Americano o de Alaska
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Blanco
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacifico

Marque una etnicidad:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

6. CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA OTROS PROGRAMASESCOLARES 2026–27

OTROS BENEFICIOS (Opcional) – Completar este paso permite a Servicios de Nutrición Infantil del ASD compartir elegibilidad de comidas de mis estudiantes con los programas indicados para el año escolar 2026-27. Debe seleccionar las cajas de cada programa en que desea participar.

Apellido de Estudiante	Primer Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Tarjeta ASB	Actividad/ Atlético	Excursión
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Programa Escolar	Cómo será utilizada la información
ASB Cards	Proporcionar al estudiante una Tarjeta ASB gratuita.
Actividad/Atlético	Proporcionar a los padres un pase familiar de temporada para permitir la entrada gratuita de 2 adultos y 2 hermanos a todos los eventos y actividades deportivas en casa, que pueden incluir eventos deportivos, obras de teatro y otras actividades. También incluye la entrada de los estudiantes a los bailes.
Excursión	No se aplican cargos adicionales para las excursiones.

Elegibilidad de Nutrición Infantil: El Acta Richard B. Russell de Almuerzos Escolares Nacional requiere la información en esta aplicación Usted no tiene que brindar esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o de precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto membro del hogar que firma la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del Social Security no son requeridos cuando aplica en nombre de un niño en cuidado Foster o usted marca un programa de Asistencia De Nutrición Suplementaria (Comida Básica), Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF en inglés) o Programa de Distribución de Comidas en Reservaciones Indígenas (FDPIR en inglés) número de caso u otro identificador de FDPIR de su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene Número de Seguridad Social. Nosotros usaremos la información para determinar si su hijo es eligible para comidas gratis o de precio reducido, y para administración y gestión de los programas de desayuno y almuerzo. Puede que USEMOS su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, auspiciar o determinar beneficios para sus programas, auditar revisiones de programa, y oficiales de ley para investigar violaciones de reglas del programa.

USDA Declaración de No 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/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 Civil Rights
   1400 Independence Avenue SW
   Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. **Email:** program.intake@usda.gov

Declaración de No Discriminación Distrito Escolar de Auburn

El Distrito Escolar de Auburn no discrimina en sus programas o actividades con base en sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, veterano o estatus militar, orientación sexual, discapacidad, o el uso de animales de servicio y brinda acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para recibir sus preguntas y quejas por presunta discriminación:

Civil Rights Compliance Coordinator & Title IX Coordinator Staff: Jon Young, Assistant Superintendent of Human Resources
Phone: (253) 931-4932 | Email: jyoung@auburn.wednet.edu

Title IX Coordinator Students:
Rhonda Larson, Assistant Superintendent of Family Engagement & Student Success Phone: (253) 931-4932 | Email: rlarson@auburn.wednet.edu

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

CNS OFFICE USE ONLY - USO OFICIAL - NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LINEA

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.
(Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

Total Household Size: _____

Total Household Income: $_____

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x per Month ☐ Monthly ☐ Annual

App # 2026-27:_____ **Application Received Date:**_____

Elig:_____ **Reason:**_____ **Effective Date:**_____

By:_____ **Date Processed:**_____
CNS Staff Name