

Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT Para Programas Regular y CEP
Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). **SY 2026-2027**

DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):MCTS

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

El primer nombre del niño/a	MI	Apellido(s) del niño/a [Use la barra espaciadora para avanzar]	Nombre de la escuela	Grado	<i>Foster child</i> <i>Migrante</i> <i>Huyó del hogar</i> <i>Sin hogar</i> Trabajador(a)					
					Marque todas las opciones que correspondan.	☐	☐	☐	☐	Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	

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

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)

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?			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

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

*Necesario solo si esta aplicando para comidas escolares

~ 0 ~ Marque si no tiene numero de Seguro Social ☐

¿Con qué frecuencia se reciben?

Marque si NO DESEA la Tarjeta de Verano EBT ☐

A veces los niño/as del hogar obtienen 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		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
\$		☐	☐	☐	☐	☐

Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:

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 la Tarjeta de Verano EBT, y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables". Para la Tarjeta de Verano EBT Solamente: Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado. Toda persona declarada culpable de cometer una Violación Intencional del Programa (IPV) quedará inelegible para participar en el programa de la siguiente manera: Primera infracción: un año; Segunda infracción: dos años; Tercera infracción: permanente.

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto		Fecha de hoy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal (si está disponible)	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)

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

Fuentes de ingresos			Ejemplos de ingresos de los niño/as	
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos	<ul style="list-style-type: none">Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.	
<ul style="list-style-type: none">sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisionesingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: <ul style="list-style-type: none">pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta	<ul style="list-style-type: none">beneficios por desempleocompensación para los trabajadoresSeguridad de Ingreso Suplementario (SSI)asistencia en efectivo del estado o el gobierno localpagos de manutenciónpagos de pensión alimenticiabeneficios para veteranosbeneficios por huelga	<ul style="list-style-type: none">seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)pensiones privadas o beneficios por discapacidadingresos procedentes de fideicomisos o herenciasanualidadesingresos por inversionesintereses devengadosingresos por arrendamientopagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas	<ul style="list-style-type: none">Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.	
			<ul style="list-style-type: none">Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.	
			<ul style="list-style-type: none">Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.	

OPCIONAL

Identidades 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 garantizar 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 latino (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 latino

Raza (marque una o más opciones): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo 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.**

NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income		How often?		Household size		Federal Income Eligibility		If Federal Denied: Eligible for NJEIE?		
<input type="text"/>		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual	<input type="text"/>		Categorical Eligibility	☐
☐		☐	☐	☐	☐	☐	Free		Reduced	Denied
☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Determining Official's Signature		Date		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 utilicemos 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 educativos, 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 últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene 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 (FPIR) 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 costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

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/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:

*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.

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.