2026-27 Craven County Schools Solicitud para Familias de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido *(Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo.)*

Devuelve la solicitud a: 1822 Hazel Avenue, New Bern, NC 28560 (252) 514-6360

A. NIÑO S Y ESTUDIANTES DE LA VIVIENDA

Ojo: *Para mas information sobre "Fuentes de Ingresos de **NIÑO S/ESTUDIANTES"** y **Frecuencia de Ingresos,** usa las graficas en la página 2 de esta solicitud.*

***1) ENUMERAR** el nombre de **TODOS LOS BEBÉS, NIÑO S, Y ESTUDIANTES** en su vivienda hasta el 12 grado inclusive.*
***2) ENCERRAR "S" EN UN CÍRCULO SI ES ESTUDIANTE o "O" para otros niño s** que no asisten a la escuela.*

*Si aplica, para cada **ESTUDIANTE** en la vivienda, escriba el **nombre de la escuela** donde el estudiante asiste actualmente y el **nivel de grado** del estudiante.*

Si aplica, **INDICA** si un NIÑO / ESTUDIANTE es : *No tiene hogar **(H)** Emigrante **(M)** Se ha fugado **(R)** Niño en acogido **(F)***

Ingresos de Niño s/Estudiantes Ingresos Profesionales

***Declarar** todos los ingresos BRUTOS en dolares totales. No incluyan centavos*

INGRESOS DE NIÑO S/ ESTUDIANTES DE OTRAS Fuentes

Primer	*MI*	*Apellido*	*Indica uno:*	*Escuela*	*Grado*		*Ingreso BRUTO*	*INDICA Frecuencia*	*Ingreso*	*INDICA Frecuencia*
			S O			H M R F	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
			S O			H M R F	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
			S O			H M R F	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
			S O			H M R F	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
			S O			H M R F	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual

B. Programas de Asistencia

Alguien de su familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia que se indican a continuación: FNS, Work First Cash Assistance/TANF, or FDPIR? ❑ NO ❑ YES

Si la respuesta es "si", escriba un número de expediente (solo uno) **Case Number:**

VAYA AL PASO E.

C. Miembros ADULTOS de la Vivienda

***1)** Para CADA MIEMBRO ADULTO de la familia household member (incluido usted) **DECLARAR TODOS TIPOS** y cantidades de ingresos brutos recibidos. **ESCRIBA** un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que quede vacío o en blanco también contará como cero . **2) DECLARAR** los ingresos en dolares totals. No incluyan centavos (ej. $1000) **Ojo:** Para mas information sobre "Fuentes de Ingresos de **NIÑO S/ESTUDIANTES"** y **Frecuencia de Ingresos,** usa las graficas en la página 2 de esta solicitud.*

***ENUMERAR los nombres de TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS** de la familia. (**PRIMER NOMBRE** y APELLIDO) aunque no reciban sus propios ingresos*		**Ingresos BRUTOS profesionales**	*INDICA Frecuencia*	**Ayuda Pública/ Manutención Infantil/Pensión Alimenticia**	*INDICA Frecuencia*	**Pensión/ Jubilación/Otros Ingresos**	*INDICA Frecuencia*
Cabeza de Hogar		$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
Otro Adulto		$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
Otro Adulto		$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
Otro Adulto		$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual
Otro Adulto		$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual	$	Semanal Mensual Bisemanal Bimensual

D. EL TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA Y NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SSN)

Escriba el número total de miembros de la familia (niños y adultos) AQUI

ESCRIBA LOS ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN)
(Cabeza de la casa o sustento principal)

❑ Yo no tengo número de la Seguridad Social

F. LA IDENTIDAD ÉTINCA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (Opcional)

Elija UN orígen étnico

❑ Hispano o Latino
❑ No Hispano o Latino

Elija una raza o mas (independientemente del origen étnico):

❑ Indio americano o native de Alaska
❑ Asiático
❑ Negro o afroamericano
❑ Nativo de Hawaí u otra isla del Pacífico
❑ Blanco

E. ATESTACIÓN

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. *"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños*

Firma del Adulto:	**Fecha de hoy:**	**Correo electrónico:**	**Dirección:**		
Nombre del adulto que firma el formulario:		**Teléfono:**	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código Postal:**

Para uso exclusivo del colegio

Total Household Members :

Total Household Income: per:

Income Conversion

NOTE: If there are multiple income sources with more than one frequency, the SFA must annualize all income by multiplying:

❑ *Weekly (x52)* ❑ *Bi-Weekly (x26)* ❑ *Monthly (x12)* ❑ *Bi-Monthly (x24)* ❑ Annually

Eligibility Determination:

❑ Categorical Eligibility ❑ Free ❑ Reduced ❑ Denied

Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date:

Confirming Official's Signature & Date:

Verifying Official's Signature & Date:

Fuentes de Ingresos

Fuente de ingresos de NIÑOS/ESTUDIANTES	
Fuentes de ingreso del niño	**Ejemplo(s)**
• Ingresos profesionales	• Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo complete o parcial en el que gana un sueldo o salario
• Seguridad Social -Pagos por discapacidad -Beneficios al superstite	• Un niño es ciego o discapacitado y recibe Prestación es de la Seguridad Social • Uno de los padres es discapacitado, esta jubilado o ha fallecido, y su niño recibe Prestación es de la Seguridad Social
• Ingresos de cualquier otra Fuente	• Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fi.

Fuente de ingresos de ADULTOS		
Ingresos profesionales	**Ayuda publica/pensión alimenticia/manutencion infantile**	**Pensión/jubilación/otros**
• Sueldo, salario, bonos en efectivo • Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) *Si está en el Ejército de Estados Unidos* • Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) • Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	• Prestación por desempleo • Indemnizacion laboral • Ingresos de seguridad suplementarios (SSI) • Ayuda economica del estado o gobierno local • Pagos de pensión alimenticia • Pagos de manutencion infantil • Prestación es para los veteranos • Prestación por huelga	• Seguridad Social (incluidas las Prestación es de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) • Pensiones privadas o Prestación por discapacidad • Ingresos regulares de fideicomisos o biene inmuebles • Anualidades • Ingresos de inversión • Intereses ganados • Ingresos de alquiler • Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

Frecuencia de Pago

Semanales= Una vez por semana **Bisemanal** = Cada dos (2) semanas

Mensuales = Una vez por mes **Bimensual** = Dos veces por mes

Anual = Salario total por todo el ano

Manda la solicitud a:

CRAVEN COUNTY SCHOOLS

1822 HAZEL AVENUE

NEW BERN, NC 28560

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. No es obligatorio proporcionarla, pero si no lo hace, no podremos aprobar el acceso de su hijo a comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del 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 FDPIR 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 las revisiones de los programas y con funcionarios policiales para ayudarlos a investigar infracciones de las normas del programa.

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (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 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 obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse 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 postal**: Departamento de Agricultura de los EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;

2) **fax**: (202) 690-7442; o

(3) **correo electrónico**: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.