del Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares
2026-27 (Escuelas sin precios/de provisión)

Estimado padre/tutor:

Fife School District La escuela o el distrito escolar servirán comidas gratuitas todos los días escolares. Es importante que complete la solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos, ya que podría calificar para: beneficios EBT de verano, tarifas reducidas para otros programas y actividades, o ayuda para obtener fondos para su distrito escolar.

¿Quién debe completar una solicitud?

Complete la solicitud si:

- El ingreso total del hogar es IGUAL o MENOR que el monto que aparece en el gráfico.
- Recibe alimentos básicos, participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para sus hijos.
- Está solicitando cuidado para niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal.

Entregue la solicitud a la escuela de su estudiante o la oficina del Distrito.

Asegúrese de presentar SOLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si algún niño por el que solicita es indigente (McKinney-Vento) o migrante, marque la casilla correspondiente.

¿Qué se considera ingreso? ¿Quién se considera miembro de mi hogar?

Consulte la tabla de ingresos a continuación. Determine el tamaño de su hogar. Determine el ingreso total de su hogar. Si los miembros de su hogar reciben pagos en diferentes momentos del mes y no está seguro de si su hogar cumple los requisitos, complete una solicitud y determinaremos su elegibilidad según sus ingresos. La información que proporcione se utilizará para determinar si su hijo cumple los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o un tribunal son Elegible para comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos personales. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar beneficios de comidas para niños de acogida, contáctenos en 253-517-1000 .

USDA Child Nutrition Program Income Guidelines
Effective July 1, 2026–June 30, 2027

Household Size	Annual	Monthly	Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	$29,526	$2,461	$1,231	$1,136	$568
2	$40,034	$3,337	$1,669	$1,540	$770
3	$50,542	$4,212	$2,106	$1,944	$972
4	$61,050	$5,088	$2,544	$2,349	$1,175
5	$71,558	$5,964	$2,982	$2,753	$1,377
6	$82,066	$6,839	$3,420	$3,157	$1,579
7	$92,574	$7,715	$3,858	$3,561	$1,781
8	$103,082	$8,591	$4,296	$3,965	$1,983
For each add'l family member, add:	$10,508	$876	$438	$405	$203

El concepto de HOGAR se define como todas las personas, incluyendo padres, hijos, abuelos y todas las personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar y comparten los gastos de manutención. Si solicita un hogar con un niño de acogida, puede incluirlo en el número total de integrantes del hogar.

Los ingresos familiares se consideran los ingresos que cada miembro del hogar recibió antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensiones, desempleo, asistencia social,
Manutención infantil, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de acogida en el hogar, también debe incluir sus ingresos personales. No declare los pagos de acogida como ingresos.

¿Qué debe contener la solicitud?

A. Para los hogares que no reciben ninguna asistencia :

- Nombre(s) del estudiante
- Nombres de todos los miembros del hogar
- Ingresos por fuente para todos los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar
- Últimos 4 dígitos de número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene un número de seguro social, marque la casilla asociada).

Complete *las partes 1* , *2* , *3* , *4* y *5* ; La parte 6 es opcional.

B. Para hogares con solo niños de acogida

- Nombre del estudiante
- Firma de un miembro adulto del hogar

Complete las Partes *1* y *5. La Parte 6* es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación judicial que demuestre que el/los niño(s) de acogida fueron colocados con usted, en lugar de completar una solicitud.

Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para B.

C. Para una familia que recibe Alimentos Básicos/TANF/FDPIR :

- Enumere todos los nombres de los estudiantes
- Introduzca un número de caso
- Firma del miembro adulto del hogar

Complete *las partes 1 , 2 , 4* y *5. La parte 6* es opcional .

Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para C.

D. Para hogares con uno o más niños de acogida y otros niños :
Solicite como hogar e incluya a los niños de acogida. Siga las instrucciones de la sección " **A. Para hogares que no reciben asistencia:** " e incluya los ingresos personales del niño de acogida.

¿Qué pasa si no recibo dólares para alimentos básicos?

Si recibió la aprobación para Alimentos Básicos, pero no recibe dólares de Alimentos Básicos, podría ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe solicitar los beneficios de comidas completando una solicitud de comidas y enviándola a la escuela de su hijo.

¿Mis hijos califican automáticamente si tienen un número de caso?

Sí. Los niños que reciben TANF o Alimentos Básicos pueden recibir comidas gratuitas, y los que reciben algunos beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a estos niños mediante un proceso de cotejo de datos. Esta lista se pone a disposición del personal del servicio de alimentación escolar de su hijo. Los estudiantes de esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas ofrecen el programa de desayuno y/o almuerzo gratuito o a precio reducido (no todas las escuelas lo ofrecen). Por favor, contáctenos de inmediato si considera que sus hijos deberían recibir comidas gratuitas y no lo hacen. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas mediante este método, notifique a la escuela.

Si alguien en mi hogar tiene un número de caso, ¿todos los niños calificarán para recibir comidas gratuitas?

Sí. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, aparte de un niño de acogida, debe llenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Por favor, contáctenos de inmediato si considera que otros niños en su hogar deberían recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

Alimentos básicos: ¿Puedo calificar para recibir ayuda para comprar alimentos?

Alimentos Básicos es el programa estatal de cupones de alimentos. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes con beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Obtener Alimentos Básicos es fácil! Puede solicitarlos en persona en la Oficina de Servicios Comunitarios del DSHS local, por correo postal o en línea. También hay otros beneficios. Puede obtener información sobre Alimentos Básicos llamando al 1-877-501-2233 o visitando https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food .

Somos militares. ¿Declaramos nuestros ingresos de forma diferente?

Su sueldo básico y sus bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe asignaciones con valor en efectivo para alojamiento, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirlas como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. Cualquier paga adicional por combate derivada del despliegue también se excluye de los ingresos.

La solicitud de mi hijo/a fue aprobada el año pasado. ¿Tengo que rellenarla de nuevo?

Sí. La solicitud de su hijo/a solo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este. Debe enviar una nueva solicitud, a menos que la escuela le haya informado que su hijo/a es elegible para el nuevo año escolar.

¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos para declarar?

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le solicitamos que declare en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. En tal caso, escriba un 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si deja algún campo de ingresos vacío o en blanco, también se contabilizará como cero. Tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que fue su intención .

Cobertura de salud

Para consultar o solicitar cobertura de atención médica para los niños de su familia, visite http://www.wahealthplanfinder.org o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

¿Qué pasa si mi hijo necesita alimentos especiales?

Si su hijo necesita alimentos especiales, comuníquese con la oficina de servicios de alimentos de la escuela/distrito.

Prueba de elegibilidad

La información que proporcione podrá ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le solicite información adicional para demostrar que su hijo/a cumple los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Audiencia justa

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso utilizado para demostrar la elegibilidad de ingresos, puede hablar con_____, el funcionario de audiencias imparciales. Tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede programar llamando a la escuela o al distrito escolar a este número._____.

Reaplicación

Puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si sus ingresos familiares disminuyen, aumenta el tamaño de su hogar, se queda sin empleo o recibe Alimentos Básicos, TANF o FDPIR, podría tener derecho a recibir beneficios y presentar una solicitud en ese momento.

No discriminación del USDA

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 institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf , en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta deben entregarse al USDA antes de:

1. **correo:**
   Departamento de Agricultura de los EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; o
2. **fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
   Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

2026-2027 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application –

Postúlese en línea: _____ Complete, firme y envíe esta solicitud a: _____

Con esta solicitud, usted puede ser elegible para: recibir asistencia alimentaria, beneficios de SUN Bucks (si su hijo asiste a una escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares [National School Lunch Program, NSLP] o el Programa de Desayunos Escolares [School Breakfast Program, SBP]), obtener tarifas reducidas en otros programas y actividades, y ayudar a conseguir recursos económicos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) asiste(n) a una escuela que implementa la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP) o la Provisión 2, completar este formulario no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Seleccione esta casilla si el año pasado recibió asistencia alimentaria: ☐ **Seleccione esta casilla si NO desea recibir beneficios o brindar su información sobre ingresos:** ☐

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Marque con una "x" la casilla correspondiente si el estudiante vive en un hogar temporal, está en situación de calle o utiliza servicios educativos para migrantes. Registre todos los ingresos personales que recibe el estudiante y marque con una "x" la casilla que corresponda para indicar con qué frecuencia los recibe. ☐ **Sin hogar** ☐ **Migrante**

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	En hogar temporal	Fecha de nacimiento*	Escuela*	Grado*	Ingreso del estudiante	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún integrante de su hogar, incluido usted, participa actualmente en uno o más programas de asistencia, indique el número de caso. De lo contrario, continúe con el Paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Escriba los nombres de todos los otros integrantes de su hogar - Informe los ingresos en dólares (sin centavos) y SELECCIONE con qué frecuencia los recibe. Si algún integrante del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, se entenderá que no tiene ingresos para declarar.

Nombre de TODOS los otros integrantes del hogar (no incluya los estudiantes que ingresó anteriormente)	En hogar temporal	Ingresos por trabajo (antes de cualquier deducción)	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Asistencia social/ Manutención infantil/ Pensión alimenticia	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Pagos por pensiones/Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Otros ingresos no especificados previamente	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Cantidad total de integrantes en el hogar (incluya a todos los integrantes que vivan en su hogar): ☐
(la cantidad de integrantes antes mencionados debe ser igual a la cantidad total enumerada aquí)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de Trabajador asalariado primario u otro integrante del hogar *(opcional si solicita la Transferencia Electrónica de Beneficios de Verano [Summer Electronic Benefits Transfer, Summer EBT])* ☐ Seleccione si no tiene SSN: ☐

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Yo declaro (certifico) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que he informado todos los ingresos y que nadie en mi hogar recibe beneficios de SUN Bucks a través de un estado diferente o una Organización Tribal Indígena, si corresponde. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que las autoridades escolares pueden corroborarla (verificarla). **Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente, mis hijos pueden perder estos beneficios y yo puedo enfrentar procesos legales bajo las leyes penales estatales o federales aplicables.**

Nombre en letra de imprenta del integrante adulto del hogar _____

Firma del integrante adulto del hogar _____

Dirección de correo electrónico* _____

Dirección postal** _____

Ciudad, estado y código postal** _____

Número de teléfono durante el día* _____

Fecha _____

***Estos campos son únicamente para fines informativos y no es obligatorio completarlos.**

****Este campo es opcional. Sin embargo, la dirección postal proporcionada será útil para determinar a dónde enviar las notificaciones y las tarjetas de SUN Bucks, según corresponda.**

6. Origen racial y étnico de los niños (opcional) – Estamos obligados a preguntarle sobre el origen racial y étnico de su(s) hijo(s). Esta información es fundamental y nos ayuda a garantizar que estemos brindando el mejor servicio posible a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas y a precios reducidos.

Seleccione uno o más orígenes raciales:

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco

Seleccione solo un origen étnico:

- ☐ Hispano o latino
- ☐ Ni hispano ni latino

Elegibilidad para programas de nutrición infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información en esta solicitud. No está obligado a brindar esta información, pero si no lo hace, no podremos autorizar a su hijo a recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Debe ingresar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del integrante adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios si completa la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporal o si ingresó un número de caso de programas, como el Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria) (alimento de primera necesidad, Basic Food), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Program or Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o si indicó que el integrante adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. También, lo haremos para administrar y aplicar los programas de desayunos y almuerzos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a analizar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores de revisión de programas, y funcionarios de justicia para ayudarlos a investigar incumplimientos con las normas del programa.

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las políticas y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) sobre derechos civiles, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas diferentes al inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para acceder a la información del programa (como Braille, letra grande, cinta de audio o lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local encargada del programa o con el Technology and Accessible Resources Give Employment Today (TARGET) Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y teleimpresora [TTY]), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027 "Formulario de denuncia por discriminación en programas del USDA" (USDA Program Discrimination Complaint Form), que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, o puede llamar al (866) 632-9992 o enviar una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, además de una descripción detallada de la supuesta acción discriminatoria. Esto para ofrecer al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) toda la información necesaria sobre la naturaleza y la fecha de la posible violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

1. **Correo postal:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**
   Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INGRESE EL NOMBRE DEL DISTRITO Declaración de no discriminación del distrito escolar

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

CÁLCULO DE INGRESOS ANUALES: Semanal x 52; Cada dos semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12. (**NO** convertir a ingreso anual a menos que en el hogar se declaren múltiples frecuencias de pago).

APROBACIÓN DE LEA:

- ☐ Alimentos de primera necesidad/TANF/FDPIR/En hogar temporal
- ☐ Ingreso del hogar

Cantidad total de integrantes en el hogar _____

Ingreso total del hogar $_____

Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Anual
☐	☐	☐	☐	☐

SOLICITUD AUTORIZADA PARA:

- ☐ Elegible para comida gratuita
- ☐ Elegible para comida a precios reducidos

SOLICITUD DENEGADA POR:

- ☐ Los ingresos superan la cantidad permitida
- ☐ Otros: _____
- ☐ Información incompleta/faltante

Fecha del envío de la nota	Firma del encargado de la autorización	Fecha	Número de identificación de la solicitud
_____	_____	_____	_____

CONSENT TO SHARE PROGRAM ELIGIBILITY INFORMATION FOR OTHER SCHOOL PROGRAMS (CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA PARA OTROS PROGRAMAS ESCOLARES)
Curso escolar 2026-27

Si usted califica para comidas gratuitas o a precio reducido con base en el tamaño de su hogar o ingresos o, si usted recibe Basic Food (Alimentos básicos), Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF), Food Distribution on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR), o ha sido Directamente Certificado como elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, usted puede ser elegible para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares. Presentar o no presentar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido o beneficios de EBT de verano.

Debe marcar la casilla de cada programa en el que desee participar y firmar el formulario para permitir que se comparta su estatus de elegibilidad para otros beneficios del programa.

Marque para participar	Título del programa escolar	Forma en que se utilizará la información compartida
☐	ASB	To waive or reduce fees
☐	Optional/Non-credit Activities	To waive or reduce fees
☐	Uniforms	To waive or reduce fees
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		

Escriba aquí el nombre del estudiante:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.